

Tasso di dimissione ospedaliera ordinaria per acuti nella popolazione di età compresa tra 65 e 74 anni e nella popolazione >75 anni

Significato. L'indicatore si riferisce alle dimissioni ospedaliere in regime ordinario, relative alla sola attività per acuti degli istituti di cura pubblici e privati accreditati, disaggregate per sesso e per fasce di età.

La sua misura acquista rilevanza in funzione delle indicazioni di politica sanitaria relative ai livelli di assistenza e alla costituzione di reti all'interno delle quali la funzione degli ospedali è quella di rappresentare una delle opzioni possibili in funzione del percorso di cura del paziente e in rapporto alla necessità di fornire la risposta più appropriata al bisogno di assistenza.

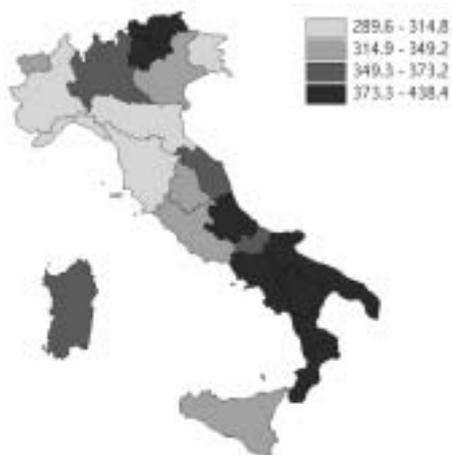
$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Numero di Pazienti Dimessi di età 65-74 anni (o >75 anni)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione di età 65-74 anni (o >75 anni)}} \times 1.000$$

Validità e limiti. L'indicatore deriva dal data base HFA/DB ed è basato sulla elaborazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e, quindi, risente del livello di qualità e completezza di tale flusso informativo. Inoltre, non si tiene conto di possibili migrazioni tra regioni e dell'attività svolta nell'ambito delle strutture private non accreditate. Infine, appare rilevante considerare che si tratta di una fascia di popolazione nella quale la domanda è particolarmente elevata con livelli di appropriatezza non sempre verificabili. La standardizzazione per età è effettuata utilizzando come popolazione tipo la popolazione media residente in Italia nel 1991

Benchmark. Popolazione 65-74 anni: il valore medio nazionale è pari a 348,2 dimissioni per 1.000 abitanti di età compresa tra 65 e 74 anni di sesso maschile. Il valore omologo per il sesso femminile è pari a 235,6. I valori migliori sono rispettivamente 289,6 e 184,4.

Popolazione >75 anni: il valore medio nazionale è pari a 511,4 dimissioni per 1.000 abitanti di età superiore ai 75 anni di sesso maschile. Il valore omologo per il sesso femminile è pari a 367,0. I valori migliori sono rispettivamente 410,3 e 289,7.

Tasso di dimissione osp. ordinaria acuti 65-74M



Tasso di dimissione osp. ordinaria acuti 65-74F



Fonte dei dati e anni di riferimento: ISTAT su dati del Ministero della Salute. Rilevazione delle schede di dimissione ospedaliera 1999.

Tasso di dimissione ospedaliera ordinaria per acuti nella popolazione di età 65-74 anni e nella popolazione >75 anni

REGIONI	Maschi 65-74	Femmine 65-74	Maschi >75	Femmine >75
Piemonte	289,6	184,4	410,3	289,7
Valle d'Aosta	347,1	209,6	473,9	294,3
Lombardia	357,0	233,6	531,6	382,0
Trentino-Alto Adige	395,5	271,9	611,4	461,0
Veneto	348,6	229,2	563,2	408,6
Friuli-Venezia Giulia	314,8	213,6	537,7	389,6
Liguria	312,3	200,7	478,3	334,6
Emilia-Romagna	306,1	207,0	492,7	359,7
Toscana	291,6	192,1	474,9	354,5
Umbria	326,2	219,7	482,6	345,3
Marche	364,5	234,3	553,6	400,6
Lazio	329,1	229,4	517,8	377,8
Abruzzo	418,0	293,2	587,8	428,8
Molise	373,2	274,1	504,4	357,5
Campania	396,3	264,2	504,2	336,2
Puglia	438,4	315,5	614,4	430,1
Basilicata	405,5	312,3	545,9	403,5
Calabria	389,3	294,7	523,6	388,6
Sicilia	349,2	240,5	455,6	312,1
Sardegna	369,9	260,6	538,5	399,6
ITALIA	348,2	235,6	511,4	367,0

Descrizione dei Risultati

Il dato medio nazionale è pari a 348,2 per 1.000 per il sesso maschile con un range compreso tra 289,6 del Piemonte e 438,4 della Puglia. La situazione è del tutto sovrapponibile per il sesso femminile dove ad un valore nazionale pari a 235,6 per 1.000 corrisponde un intervallo compreso tra 184,4 e 315,5 nelle stesse regioni.

Con l'eccezione del Trentino Alto Adige complessivamente si osserva un gradiente Nord-Sud nella distribuzione dell'indicatore. Le migliori *performances* si osservano in Piemonte, Toscana, Liguria, Emilia-Romagna.

Il dato medio nazionale è pari a 511,4 per 1.000 per il sesso maschile con un range compreso tra 410,3 del Piemonte e 614,4 della Puglia. La situazione per il sesso femminile evidenzia, a fronte di un valore nazionale pari a 367 per 1.000, un intervallo compreso tra 289,7 del Piemonte e 461 del Trentino Alto Adige.

La distribuzione territoriale del dato appare assai meno orientata in senso Nord-Sud rispetto alla fascia 65-74. Si conferma anche in questa fascia di età la *performance* della Regione Piemonte.

Indice di case-mix dei ricoveri nella popolazione >65 anni

Significato. L'indice di case-mix esprime la complessità (in termini di assorbimento di risorse) della casistica trattata da un ospedale, ponendola in rapporto con la complessità media di un insieme di ospedali di riferimento. Si vuole misurare se la casistica dei ricoveri della popolazione con età maggiore di 65 anni si caratterizza per un più elevato assorbimento di risorse, rispetto alla media della popolazione generale di riferimento.

Il peso medio è un indicatore associato a ciascun DRG, che evidenzia il rapporto fra il costo medio dello specifico DRG ed il costo medio del caso medio (calcolato su tutti i DRG). I pesi relativi italiani, corrispondenti alla 10.a versione dei DRG, sono riportati nel decreto del Ministero della Sanità 30 giugno 1997.

Numeratore	<u>Peso medio ricoveri per anziani in degenza ordinaria > 65 anni</u>
Denominatore	Peso medio di riferimento nazionale

Validità e limiti. L'utilizzo del sistema dei pesi collegati al sistema DRG consente di avere indicazioni in merito alla complessità della casistica trattata. I limiti dell'indicatore sono strettamente connessi con l'affidabilità del sistema utilizzato a partire dalla corretta compilazione delle SDO, e con il livello di applicabilità al contesto italiano. Il riferimento è alla sola casistica trattata in regime di ricovero ordinario per acuti e anche in questo caso non tiene conto di possibili migrazioni tra regioni.

Benchmark. Il dato atteso è che la popolazione > 65 anni abbia una casistica più complessa della popolazione generale. Il valore medio nazionale è pari a 1,37, quello più elevato a 1,50.

Fonte dei dati e anni di riferimento: Ministero della Salute – Flussi SDO. Anno 2001.

Indice di case-mix dei ricoveri nella popolazione >65 anni

REGIONI	Regime Ordinario
Lombardia	1,50
Piemonte	1,48
Friuli Venezia Giulia	1,47
Toscana	1,47
Emilia-Romagna	1,46
Veneto	1,45
P.A. Trento	1,41
Umbria	1,41
Valle d'Aosta	1,40
Liguria	1,40
Marche	1,39
ITALIA	1,37
Lazio	1,35
P.A. Bolzano	1,27
Abruzzo	1,26
Puglia	1,25
Campania	1,24
Basilicata	1,24
Sicilia	1,24
Molise	1,20
Calabria	1,17
Sardegna	1,17



Descrizione e Commento dei Risultati

A fronte di un valore nazionale pari a 1,37 si osserva un intervallo compreso tra 1,17 della Calabria e della Sardegna e 1,50 della Lombardia. Appare evidente l'esistenza di un gradiente Nord-Sud con ricoveri di maggiore complessità nelle regioni settentrionali. Il dato va letto unitamente a quello relativo ai tassi di ospedalizzazione e contestualizzato nell'ambito delle problematiche organizzative relative alla risposta dei servizi sanitari ai bisogni assistenziali e sanitari della popolazione anziana.

Tasso di ospedalizzazione nella popolazione anziana per particolari procedure chirurgiche

Significato. L'indicatore esprime la domanda di intervento chirurgico per alcune tra le patologie più diffuse nella popolazione anziana:

- cataratta corrispondente ai codici ICD-9CM dal 13.1X al 13.9X,
- intervento di sostituzione dell'anca corrispondente ai codici ICD-9CM 81.51, 81.52 e 81.53,
- interventi di by pass aorto coronarico corrispondente al codice ICD-9CM 36.1X,
- intervento di angioplastica coronarica corrispondente al codice ICD-9CM 36.0X.

La rilevanza di questi indicatori, proposti anche al fine del monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, trova riscontro negli obiettivi del Programma Health for All 21 (HFA21) dove tali procedure vengono considerate necessarie al fine di migliorare i livelli di benessere e autonomia degli anziani. Il valore deriva dal rapporto tra il numero di dimissioni per la procedura chirurgica considerata in degenza ordinaria e day hospital in strutture pubbliche e private accreditate e la popolazione residente ultra sessantacinquenne.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{N. dimissioni} > 65 \text{ anni per la procedura}}{\text{Popolazione residente con età maggiore di 65 anni}} \times 100.000$$

Validità e limiti. L'indicatore è rappresentato al lordo della mobilità ospedaliera, pertanto l'interpretazione è condizionata dalla distribuzione sul territorio delle strutture di offerta e dalla relativa capacità di attrazione.

Inoltre il dato del numeratore risente della completezza e della accuratezza della compilazione della SDO in termini di corretta indicazione dei codici delle procedure.

Benchmark. In rapporto a validità e limiti del dato, nonché alla luce delle numerose variabili che possono influenzare l'interpretazione, si ritiene che il termine di riferimento più corretto sia rappresentato dal dato medio nazionale, rispetto al quale possono essere lette le *performances* delle diverse Regioni. Tale indicazione corrisponde a quanto proposto nell'ambito delle schede indicatori allegate al Decreto del Ministero della Salute relativo al monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Fonte dei dati e anni di riferimento: Ministero della Salute - Flussi SDO. Anno 2001.

Tasso di ospedalizzazione nella popolazione >65 anni per particolari procedure chirurgiche

REGIONI	interventi per cataratta regime ordinario e dh	interventi per sostituzione dell'anca	interventi per bypass coronarico	angioplastica coronarica regime ordinario e dh
Piemonte	3.194,75	554,98	177,45	257,69
Valle d'Aosta	2.145,40	473,83	-	-
Lombardia	4.159,60	685,88	300,40	334,48
P. A. Bolzano	3.738,64	1.022,53	-	419,57
P. A. Trento	3.023,79	449,56	144,05	213,74
Veneto	3.298,89	704,45	139,52	227,67
Friuli VG	2.908,26	737,77	101,88	42,82
Liguria	2.336,19	515,04	114,07	71,60
Emilia R	3.811,27	682,77	190,38	266,30
Toscana	3.763,72	595,48	138,59	237,45
Umbria	4.004,32	535,22	95,33	60,18
Marche	4.633,26	491,88	171,87	93,69
Lazio	3.603,87	474,45	139,31	168,98
Abruzzo	3.363,31	499,57	226,01	177,69
Molise	4.280,70	406,85	-	-
Campania	2.432,14	321,68	111,38	108,51
Puglia	3.738,37	385,26	141,32	165,27
Basilicata	2.036,24	308,08	129,43	275,27
Calabria	2.934,14	239,80	41,92	32,25
Sicilia	2.449,13	339,22	84,63	79,59
Sardegna	4.222,97	283,38	54,65	81,19
ITALIA	3.429,43	529,51	158,19	192,20

Descrizione dei Risultati (cataratta)

Il valore medio nazionale è pari a 3429,43 interventi per 100.000 abitanti di età superiore ai 65 anni. L'intervallo è compreso tra 2036,24 per 100.000 della Basilicata e 4633,26 delle Marche. Si evidenzia un netto gradiente geografico con un maggiore numero di procedure eseguite nelle regioni centrosettentrionali rispetto a quelle effettuate nel sud del paese e nelle isole. A fronte di una non perfetta leggibilità del dato si può ipotizzare di trovarsi in presenza di condizioni caratterizzate non tanto da diversità di bisogni tra regioni, quanto piuttosto da maggiore disponibilità di strutture e quindi capacità di attrazione nelle realtà che evidenziano un numero maggiore di interventi effettuati e, pertanto, si dimostrano maggiormente in grado di soddisfare la domanda di prestazioni anche per un intervento relativamente semplice.

Tasso di ospedalizzazione per cataratta



**Descrizione dei Risultati
(interventi all'anca)**

Il valore medio nazionale è pari a 529,51 interventi per 100.000 abitanti di età superiore ai 65 anni. L'intervallo è compreso tra 239,80 per 100.000 della Calabria e 1022,53 della Provincia Autonoma di Bolzano. Anche in questo caso si evidenzia un netto gradiente geografico con un maggior numero di procedure eseguite nelle regioni centrosetentrionali rispetto a quelle effettuate nel sud del paese e nelle isole. Se fosse confermata anche per questo intervento, l'ipotesi che una elevata mobilità infici il dato che non fotografa tanto il bisogno di interventi quanto la migrazione tra aree geografiche del paese per la sua esecuzione, questo testimonierebbe una ulteriore situazione di disagio per la popolazione anziana residente nelle regioni di provenienza di tali flussi.

**Descrizione dei Risultati
(by-pass coronarico)**

Il valore medio nazionale è pari a 158,19 interventi per 100.000 abitanti di età superiore ai 65 anni. L'intervallo è compreso tra 41,92 per 100.000 della Calabria e 300,40 della Lombardia. Pur in misura meno netta e con significative eccezioni si conferma quanto osservato per le altre procedure considerate. Il tema si presta, inoltre, a valutazioni in merito sia al richiamo esercitato da strutture ed équipes, sia al livello di appropriatezza e alla qualità dell'esito.

Tasso di ospedalizzazione per interventi all'anca

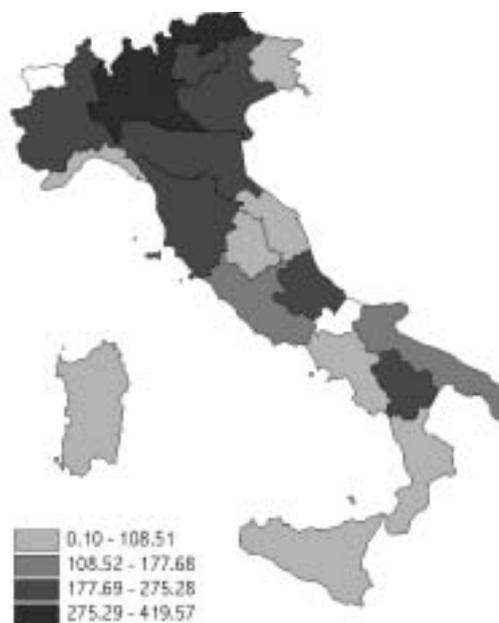


Tasso di ospedalizzazione per by-pass



**Descrizione dei Risultati
(Angioplastica)**

Il valore medio nazionale è pari a 192,20 interventi per 100.000 abitanti di età superiore ai 65 anni. L'intervallo è compreso tra 32,25 per 100.000 della Calabria e 419,57 della Provincia Autonoma di Bolzano. Pur con le eccezioni rappresentate dalla Basilicata da un lato e da Liguria e Friuli Venezia Giulia dall'altro, si evidenzia un gradiente geografico con un maggior numero di procedure eseguite nelle regioni centrosettentrionali rispetto a quelle effettuate nel sud del paese e nelle isole. Come nel caso precedente le considerazioni svolte in materia di flussi migratori interni e quindi di disagi per i pazienti che devono sottoporsi a tali intervento si integrano con quelle relative alla appropriatezza e all'esito.

Tasso di ospedalizzazione per angioplastica

Indice di complessità dei ricoveri

Significato. Il peso di una giornata di degenza, in termini di carico assistenziale e consumo di risorse, è strettamente correlato alle caratteristiche cliniche dei pazienti ricoverati (severità, comorbidità, comparsa di complicanze, trattamenti effettuati). Per tale motivo è importante ottenere informazioni relative alla complessità della casistica trattata (indice di case-mix), che esprime la complessità relativa dei casi trattati nelle strutture prese in esame rispetto a quelle dello standard di riferimento. Un valore dell'indice maggiore di 1 indica che la struttura tratta una casistica più complessa rispetto a quella di riferimento.

Numeratore $\frac{\text{Peso medio DRG pazienti dimessi nella Regione}}{\text{Peso medio DRG a livello nazionale}}$
 Denominatore

Validità e limiti. L'indice di case mix è un indicatore sintetico di attività che fornisce informazioni relative alla complessità della casistica trattata nei presidi ospedalieri della Regione rispetto allo standard di riferimento nazionale. L'indice è espressione della complessità in termini di assorbimento di risorse e non specificatamente della complessità clinica. Il valore dell'indice viene influenzato dal grado di accuratezza nella compilazione delle schede di dimissione ospedaliera.

Benchmark. Un indice maggiore di 1 indica che i DRG trattati nella Regione presentano una complessità maggiore rispetto allo standard di riferimento.

Fonte dei dati e anni di riferimento: Ministero della Salute - Banca dati SDO. Anno 2001.

Regione	Indice di Case Mix
Friuli Venezia Giulia	1,15
Emilia Romagna	1,11
Toscana	1,10
Lombardia	1,09
Veneto	1,08
Piemonte	1,08
Liguria	1,06
Marche	1,04
Umbria	1,03
Valle d'Aosta	1,02
P.A. Trento	1,02
ITALIA	1,00
Lazio	0,98
Abruzzo	0,93
P.A. Bolzano-Bozen	0,92
Basilicata	0,91
Sicilia	0,89
Sardegna	0,89
Puglia	0,89
Molise	0,89
Campania	0,88
Calabria	0,86



Descrizione dei Risultati

L'indice di case mix evidenzia una complessità superiore allo standard ($>1,00$) per 11 Regioni, con il Friuli-V.G. che presenta una complessità superiore del 15% rispetto alla media nazionale e 10 Regioni con un indice di case mix inferiore alla media nazionale. L'indice di case mix potrebbe essere un parametro utilizzabile per l'attribuzione delle risorse e, se analizzato insieme alla degenza media standardizzata per case mix, fornisce informazioni relative all'efficienza operativa.

Raccomandazioni di Osservasalute

Un obiettivo ragionevole potrebbe essere quello di migliorare il case mix in regime di ricovero ordinario. Questo obiettivo può essere ottenuto trasferendo prestazioni che confluiscono in DRG a basso peso medio, e quindi a basso assorbimento di risorse, in regime di ricovero diurno e/o in regime ambulatoriale.

In tal modo viene differenziata l'offerta assistenziale e migliorata l'appropriatezza dei regimi di ricovero.

Utilizzo del day hospital per i 43 DRGs a più elevato rischio di inapproprietezza

Significato. L'accordo Conferenza Stato-Regioni del 22/11/2001 (all. 2c)

- definisce le prestazioni ospedaliere «potenzialmente inappropriate se effettuate in regime di ricovero ordinario»,
- introduce il concetto di esclusione dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) delle prestazioni erogate secondo modalità organizzative che non soddisfino il principio di efficacia e di economicità nell'impiego delle risorse
- dà mandato alle Regioni per l'individuazione di un valore percentuale/soglia di ammissibilità.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero dimessi day hospital}}{\text{Totale dimessi regime ordinario e day hospital}} \times 100$$

Validità e limiti. L'indicatore non consente di ottenere informazioni attendibili relative all'appropriatezza dell'offerta assistenziale poiché:

- analizza contemporaneamente DRG medici e DRG chirurgici,
- è influenzato in maniera significativa dal vuoto di informazione relativo alle prestazioni ambulatoriali,
- l'assenza di riferimento alle prestazioni erogate in regime ambulatoriale, che in alcuni casi rappresentano la modalità assistenziale più appropriata, sottostima il grado di appropriatezza delle regioni che hanno investito di più sul potenziamento delle attività ambulatoriali.

Benchmark. Poiché l'Accordo della Conferenza Stato-Regioni prevede un graduale raggiungimento del valore ottimale di appropriatezza è auspicabile che si vada verso una progressiva riduzione del ricovero ordinario per l'erogazione dei 43 DRG individuati anche se, per le motivazioni espresse, è impossibile definire un valore di riferimento dell'indice.

Fonte dei dati e anni di riferimento: Ministero della Salute - Banca dati SDO. Anno 2000.

Descrizione dei Risultati

I dati sono relativi al 2001 e quindi non risentono degli effetti del DPCM, che è stato emanato alla fine dello stesso anno. Rivestono tuttavia interesse come dato di partenza. I dati evidenziano un elevato grado di inapproprietezza dimostrando una notevole discrepanza tra la situazione rilevata e le indicazioni contenute nell'Accordo della Conferenza Stato Regioni.

Rispetto al valore medio nazionale (29% di trasferimento), soltanto una regione raggiunge il 45% (Emilia Romagna), tre (Veneto, Valle d'Aosta ed Umbria) si collocano tra il 35 e il 40%, sette regioni tra il 30 ed il 35%, sei regioni tra il 20 ed il 30% e quattro sotto il 20%.

Indice di trasferimento in day-hospital per i 43 DRG a più elevato rischio di inappropriatelyzza

Emilia Romagna	45,04
Veneto	38,14
Valle d'Aosta	38,12
Umbria	36,77
Toscana	34,89
Liguria	34,70
Piemonte	31,57
Marche	31,55
Friuli Venezia Giulia	31,28
Sicilia	30,60
Trento	30,24
Lombardia	28,88
ITALIA	28,88
Sardegna	27,19
Lazio	25,35
Basilicata	23,05
Puglia	21,03
Campania	20,77
Abruzzo	19,26
Calabria	18,70
Bolzano	10,21
Molise	5,88

Indice di trasferimento in day-hospital



Raccomandazioni di Osservasalute

L'indicatore, aggregato per DRGs medici e chirurgici, non permette di ottenere informazioni attendibili relative al grado di appropriatezza. Si rileva l'esigenza di definire indicatori più specifici in grado di fornire informazioni differenziate tra DRGs medici e chirurgici. Inoltre è necessario superare rapidamente il vuoto informativo relativo all'attività ambulatoriale.

Utilizzo del day hospital per i primi quattro DRGs medici tra i 43 DRGs a più elevato rischio di inappropriatelyzza

Significato. Fra i 43 DRGs ad elevato rischio di inappropriatelyzza le quattro prestazioni elencate sono le più frequenti e rappresentano complessivamente il 21,3% dei ricoveri ad elevato rischio di inappropriatelyzza (dati anno 2000, fonte ASSR):

- DRG 183 esofagite, gastroenterite e miscellanea malattia apparato digerente età > ai 17 anni
- DRG 134 ipertensione
- DRG 243 affezioni mediche del dorso
- DRG 467 altri fattori che influenzano lo stato di salute.

Tali DRGs riguardano specialità e professionalità diverse. Per ogni DRG viene riportata la percentuale di ricoveri effettuati in day hospital, che è poi correlata al tasso di ricovero per mille abitanti, misura indiretta dell'accessibilità ai servizi territoriali alternativi.

Le quattro prestazioni elencate sono «potenzialmente inappropriate se effettuate in regime di ricovero ordinario»: infatti una maggiore utilizzazione del day hospital e/o di regimi assistenziali alternativi rispetto al ricovero ordinario, implica una maggiore soddisfazione del singolo paziente e un risparmio per la collettività.

L'applicazione dell'Accordo della Conferenza Stato Regioni impone alle regioni ed alle strutture sanitarie di monitorare il grado di trasferimento dal regime ordinario al day hospital o all'ambulatoriale per verificare se i comportamenti e le scelte di politica sanitaria adottate sono idonei a favorire l'appropriatelyzza.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100 = \frac{\text{Numeri dimessi in regime di day hospital}}{\text{Totale dimessi in regime di day hospital e regime ordinario}} \times 100$$

Validità e limiti. La percentuale del ricovero in day hospital è un parametro utilizzato per valutare l'appropriatelyzza dei regimi assistenziali. Le differenze di valori riscontrati in diverse regioni sono espressione sia di differenti politiche sanitarie regionali che di una diversa adesione dei professionisti alle raccomandazioni delle Società Scientifiche. L'indicatore, pur determinando l'entità dell'attività svolta in day hospital, non permette di valutare la complessità del fenomeno a causa del vuoto informativo relativo all'attività ambulatoriale.

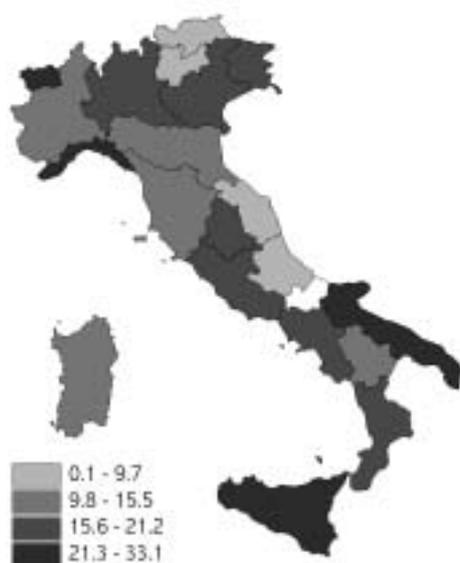
Benchmark. È ragionevole attendersi una percentuale elevata dell'indicatore insieme ad un tasso di ricovero per quel determinato DRG in linea con la media nazionale.

Fonte dei dati e anni di riferimento: Ministero della Salute - Banca dati SDO. Anno 2001.

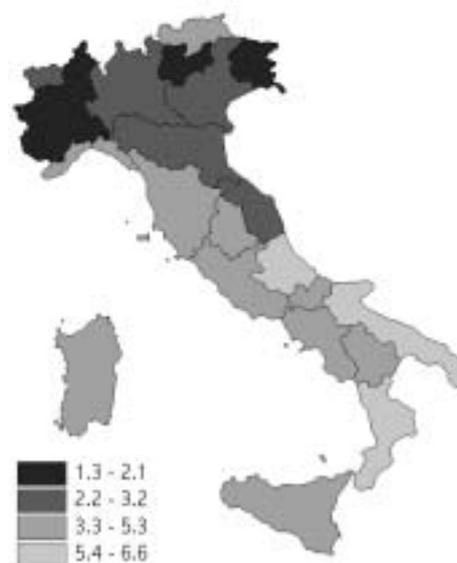
Tasso di trasferimento in Day-Hospital e tasso di ricovero per DRG 183 (Esofagite, gastro-enterite e miscellanea malattie apparato digerente. Età maggiore 17 anni)

	Trasferimento Day Hospital	Tasso di ricovero
Valle d'Aosta	33,1	2.9
Liguria	31,2	4.2
Sicilia	30,5	5.3
Puglia	30,3	6.6
Umbria	21,2	4.4
Calabria	20,1	6.2
ITALIA	20,1	3.8
Friuli V.G.	19,8	1.3
Campania	18,7	4.7
Lombardia	17,9	2.7
Veneto	17,3	2.8
Lazio	17,3	4.2
Sardegna	15,5	4.4
Piemonte	15,3	1.7
Emilia Romagna	14,3	2.9
Basilicata	14,3	4.9
Toscana	12,7	4.5
Abruzzo	9,7	6.3
Marche	7,9	3.2
P.A. Bolzano-Bozen	5,7	4.4
P.A. Trento	3,5	2.1
Molise	0	5.3

Indice di trasferimento in Day-Hospital



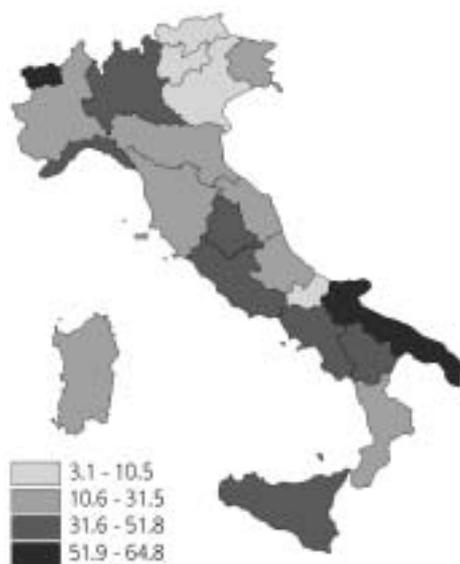
Tasso di Ricovero



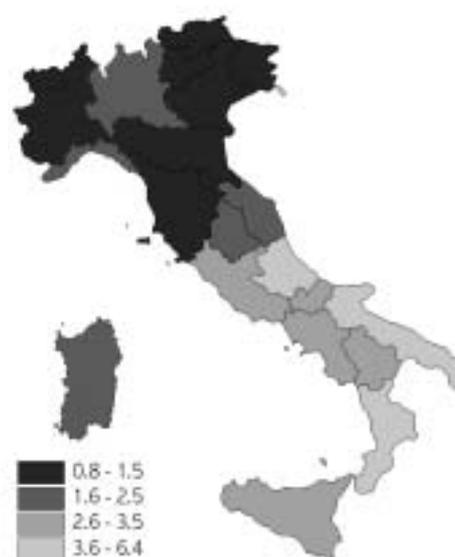
Indice di trasferimento in Day-Hospital e tasso di ricovero per DRG 134 (Ipertensione)

	Trasferimento Day Hospital	Tasso di ricovero
Valle d'Aosta	64,8	1,2
Puglia	57,3	6,4
Lombardia	51,8	1,7
Campania	47,0	3,4
Liguria	46,9	2,5
Sicilia	46,9	3,0
Umbria	44,8	2,1
ITALIA	41,2	2,5
Basilicata	39,2	3,5
Lazio	36,6	2,8
Abruzzo	31,5	4,9
Calabria	30,3	5,2
Emilia Romagna	29,3	1,0
Piemonte	26,2	0,8
Friuli-V.G.,	25,6	0,9
Toscana	24,9	1,2
Marche	23,4	1,7
Sardegna	18,3	2,2
Veneto	10,5	1,3
P.A. Bolzano-Bozen	6,4	1,4
P.A. Trento	5,2	1,5
Molise	3,1	3,0

Indice di trasferimento in Day-Hospital



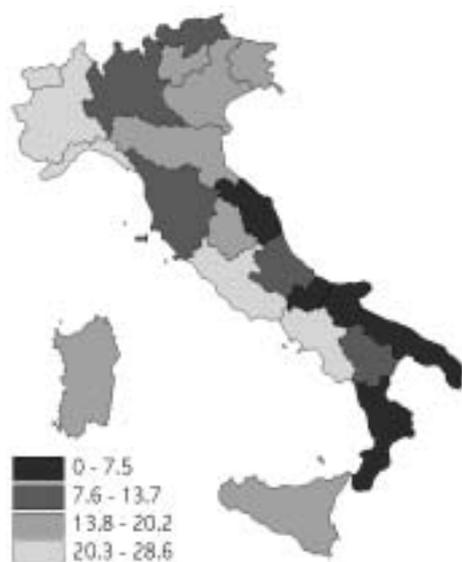
Tasso di Ricovero



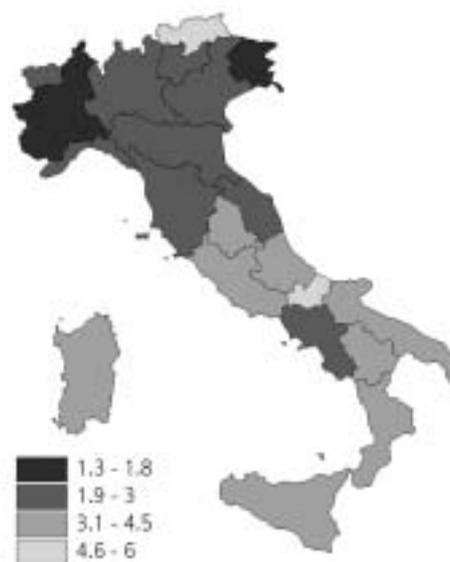
Tasso di trasferimento in Day-Hospital e tasso di ricovero per DRG 243 (Afezioni mediche del dorso)

	Trasferimento Day Hospital	Tasso di ricovero
Valle d'Aosta	28,6	2,1
Liguria	24,4	3,0
Lazio	23,6	3,2
Piemonte	22,6	1,8
Campania	21,7	2,2
Emilia Romagna	20,2	2,2
Umbria	19,1	3,1
Sicilia	18,3	3,8
Friuli V.G.	18,1	1,3
P.A. Trento	17,3	2,9
Sardegna	16,6	3,5
Veneto	15,8	2,5
ITALIA	15,4	2,9
Toscana	13,7	2,3
Basilicata	12,2	3,7
Abruzzo	12,1	4,2
Lombardia	10,4	2,5
P.A. Bolzano-Bozen	10,0	5,3
Puglia	7,5	4,5
Calabria	7,2	4,2
Marche	6,9	2,3
Molise	0	6,0

Indice di trasferimento in Day-Hospital



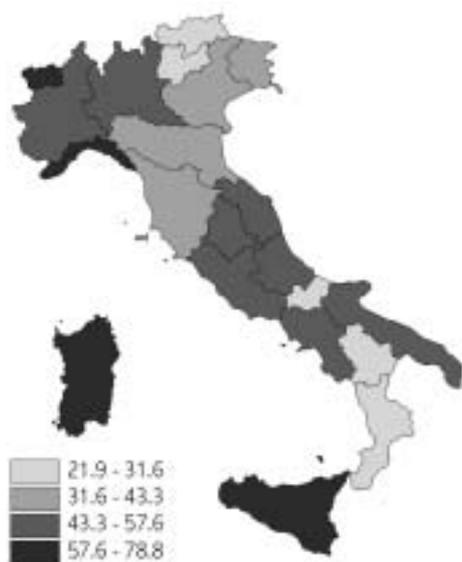
Tasso di Ricovero



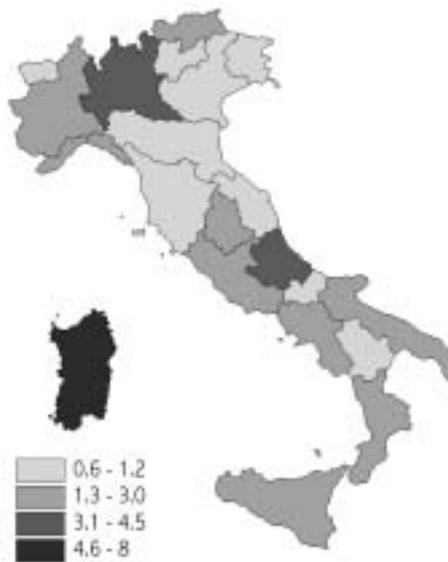
Tasso di trasferimento in Day-Hospital e tasso di ricovero per DRG 467 (Altri fattori che influenzano lo stato di salute).

	Trasferimento Day Hospital	Tasso di ricovero
Sardegna	78,8	8,0
Valle d'Aosta	68,5	1,2
Liguria	66,7	3,0
Sicilia	62,9	3,0
Umbria	57,6	1,9
Puglia	55,4	2,3
Abruzzo	55,3	4,4
Lazio	53,1	1,7
ITALIA	52,2	2,5
Piemonte	50,6	2,5
Lombardia	46,9	4,5
Marche	46,4	1,1
Campania	46,4	2,1
Friuli V.G.	43,3	0,6
Veneto	42,5	1,0
Emilia Romagna	37,0	1,2
Toscana	34,0	1,0
Calabria	31,6	2,0
P.A. Trento	29,1	0,9
Basilicata	27,9	0,8
P.A. Bolzano-Bozen	27,6	2,4
Molise	21,9	0,9

Indice di trasferimento in Day-Hospital



Tasso di Ricovero



Descrizione dei Risultati

Il valore medio dei ricoveri effettuati in day hospital, varia notevolmente tra le quattro patologie esaminate: 15.4% per il DRG 243 (affezioni mediche del dorso), 20.1% per il 183 (esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie apparato digerente età > 17 anni), 41.2 % per il 134 (ipertensione) e 52.2% per il 467 (altri fattori che influenzano lo stato di salute).

Questi dati dimostrano un atteggiamento diversificato nei confronti del day hospital in funzione del tipo di patologia.

L'analisi dei singoli DRGs dimostra una diversità di comportamento tra le regioni, quattro di esse (Valle d'Aosta, Liguria, Umbria e Sicilia), presentano una percentuale di day hospital sempre superiore alla media nazionale per tutti e quattro i DRGs considerati, in cinque (Basilicata, Toscana, Marche, P. A. Bolzano e Molise) la percentuale è sempre sotto la media, le altre si comportano in maniera diversificata.

La correlazione con il tasso di ricovero per mille abitanti, consente di ottenere interessanti informazioni. Per quanto riguarda il DRG 183, tra le regioni che hanno una percentuale di appropriatezza sopra la media, la Valle d'Aosta (indice di trasferimento 33,1%) ha un tasso di ricovero del 2,9‰, mentre la Puglia (indice di trasferimento 30,3%) ha il tasso di ricovero più alto in assoluto (6,6‰), facendo supporre un eccesso di ricorso al regime di ricovero.

Ugualmente per quanto riguarda l'ipertensione (DRG 134), mentre la Valle d'Aosta e la Lombardia presentano rispettivamente una percentuale di trasferimento in day hospital rispettivamente del 64,8% e del 51,8% ed un tasso di ricovero dell'1,2‰ e dell'1,7‰, la Puglia pur presentando una percentuale di trasferimento in day hospital del 57,3% presenta un tasso di ricovero del 6,4‰, notevolmente superiore alla media nazionale.

Un esempio analogo è rappresentato dal DRG 243: la Valle d'Aosta presenta una percentuale di trasferimento elevata (28,6%) ed un basso tasso di ricovero (2,1‰) ed il Molise, invece, non presenta ricoveri in day hospital e contemporaneamente ha il più alto tasso di ricovero (6‰). L'alto tasso di ricovero può essere interpretato come indicatore indiretto di una ancora insufficiente offerta di prestazioni alternative o espressione di una anomala interpretazione del concetto di day hospital, con compilazione di una scheda di dimissione ospedaliera per singolo accesso e non per ciclo terapeutico completo.

Raccomandazioni di Osservasalute

Poiché l'indicatore, se analizzato singolarmente non esprime il grado di appropriatezza, si suggerisce di valutarlo congiuntamente ad altri parametri quali il tasso di ricovero, la struttura della popolazione, l'indice di Case Mix ed indicatori che valutano l'offerta e l'accessibilità di servizi alternativi al ricovero. Per la definizione della percentuale soglia di ammissibilità potrebbe essere utile ricorrere all'APR DRG.

Le regioni con un tasso di ricovero superiore alla media nazionale dovrebbero analizzare nel dettaglio tali dati con l'obiettivo di una sua progressiva riduzione.

Utilizzo del day hospital per i primi cinque DRGs chirurgici tra i 43 DRGs a più elevato rischio di inappropriatelyzza

Significato. Il rapporto tra dimessi in regime di day surgery sul totale dei dimessi (indice di copertura) è un importante parametro per valutare l'appropriatezza dei regimi assistenziali per le procedure chirurgiche.

Le prestazioni elencate sono «potenzialmente inappropriate se effettuate in regime di ricovero ordinario». Una maggiore utilizzazione di day surgery e la chirurgia ambulatoriale rispetto al ricovero ordinario determina una maggiore soddisfazione del paziente, favorisce il ricorso a procedure meno invasive con ridotta incidenza di complicanze, garantisce risultati ed esiti clinici sovrapponibili a quelli effettuati in ricovero ordinario. Il risparmio per la collettività è inversamente correlato alla durata della degenza media in ricovero ordinario.

Vengono presi in considerazione i cinque DRGs chirurgici più frequenti che comprendono differenti specialità (oculistica, chirurgia generale, ortopedia e ginecologia) e che complessivamente rappresentano il 26,8% dei ricoveri ad elevato rischio di inappropriatelyzza:

- DRG 39 Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
- DRG 119 Interventi di legatura e stripping di vene
- DRG 162 Interventi per ernie inguinale e femorale età > 17 senza cc.
- DRG 222 Interventi sul ginocchio senza cc.
- DRG 364 Dilatazione e raschiamento conizzazione eccetto per neoplasie maligne

I ricoveri per il DRG 39 costituiscono l'11,7% di tutti ricoveri ad elevato rischio di inappropriatelyzza (dati anno 2000 fonte ASSR). In alcune realtà gli interventi sul cristallino vengono da tempo praticati in regime diurno ed attualmente è avviato il loro trasferimento in chirurgia ambulatoriale, sulla base delle indicazioni fornite dalle Società Scientifiche del settore.

I ricoveri per i DRGs 119 e 162 costituiscono il 7,7% di tutti ricoveri ad elevato rischio di inappropriatelyzza, per il DRG 222 sono il 4% e per il 364 il 3,4% (dati anno 2000 fonte ASSR).

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numeri dimessi in regime di day surgery}}{\text{Totale dimessi in regime di day surgery e regime ordinario}} \times 100$$

Validità e limiti. Le differenze tra le varie regioni sono espressione sia di differenti politiche sanitarie regionali che di una diversa adesione dei professionisti alle raccomandazioni formulate dalle Società Scientifiche.

Il parziale trasferimento del DRG 39 e del DRG 364 in regime ambulatoriale potrebbe in futuro ridurre la validità di tale indicatore per queste due procedure, a causa della mancanza di dati riguardanti questo regime assistenziale.

Benchmark. Indice di copertura > 90% per il DRG 39. Per gli altri DRGs potrebbe essere preso a riferimento l'indice di copertura della regione con valore più elevato.

Fonte dei dati e anni di riferimento: Ministero della Salute - Banca dati SDO. Anno 2001.

Descrizione del DRG 39

Indice di trasferimento: Percentuale di interventi effettuati in Day Surgery sul Cristallino con o senza Vitrectomia (DRG 39) e degenza media (D.M.) in giorni per i ricoveri effettuati in regime ordinario per lo stesso DRG.

Regione	(%)	D.M.
Emilia Romagna	92,3	1,59
Umbria	91,3	1,89
P.A. Trento	79,9	1,71
Veneto	79,5	2,15
Marche	73,2	2,03
Toscana	68,2	1,99
Piemonte	56,8	2,18
Basilicata	47,9	4,46
Lombardia	45,8	1,37
ITALIA	42,0	2,17
Friuli V.G.	38,6	1,37
Lazio	36,3	2,61
Valle d'Aosta	32,7	2,18
P.A. Bolzano-Bozen	32,5	2,28
Liguria	25,7	2,16
Abruzzo	24,7	2,62
Puglia	20,8	2,39
Sicilia	20,4	2,51
Calabria	4,9	2,21
Campania	4,7	2,65
Sardegna	3,7	2,28
Molise	0,0	1,98

Indice di trasferimento in day-hospital

**Descrizione dei Risultati**

La percentuale degli interventi effettuati in day surgery per il DRG 39 mostra una estrema variabilità regionale: in due regioni (Emilia Romagna e Umbria) l'indice supera il 90% mentre in Calabria, Campania, Sardegna e Molise non raggiunge il 10%.

La degenza media dei ricoveri ordinari (2,2 giorni) ha una notevole variabilità (1,4 giorni in Lombardia, Friuli e 4,5 giorni in Basilicata).

L'analisi della degenza media consente di fare alcune considerazioni: una degenza media di circa due giorni potrebbe essere giustificata per quelle regioni che hanno già trasferito in day surgery oltre il 90% dell'attività e concentrano in regime di ricovero ordinario i casi complessi, mentre appaiono ingiustificati i 4,5 giorni di degenza media della Basilicata, che tratta in ricovero ordinario oltre il 50% della propria casistica. I dati della Lombardia e del Friuli (1,4 giorni di degenza media) confermano che il DRG 39 nella quasi totalità dei casi potrebbe essere trattato in day surgery, nonostante l'età avanzata dei pazienti e la frequente presenza di patologie concomitanti.

Descrizione del DRG 119

Indice di trasferimento: Percentuale di interventi effettuati in Day Surgery per Legatura e Stripping di Vene (DRG 119) e degenza media (D.M.) in giorni per i ricoveri effettuati in regime ordinario per lo stesso DRG.

	%	D.M.
Emilia Romagna	83,8	2,05
Valle d'Aosta	63,0	2,19
Veneto	55,4	2,38
Umbria	54,9	1,85
Toscana	48,3	2,34
Friuli V.G.	46,2	1,32
P.A. Trento	41,0	2,06
Marche	31,3	2,34
ITALIA	30,9	2,59
Piemonte	20,8	2,53
Lazio	19,2	3,63
Abruzzo	17,7	2,84
Lombardia	17,6	2,06
Sicilia	11,9	3,43
Basilicata	11,6	4,18
Sardegna	11,5	3,78
Calabria	10,5	3,93
Liguria	8,5	2,54
Campania	4,9	3,28
Puglia	3,0	2,78
P.A. Bolzano-Bozen	2,0	2,93
Molise	0,0	4,12

Indice di trasferimento in day-hospital per DRG 119

**Descrizione dei Risultati**

In Italia il 30,9% degli stripping di vene (DRG 119) vengono effettuati in day surgery. Questa percentuale di trasferimento deve essere considerata bassa poiché, sulla base delle indicazioni fornite dalle Società Scientifiche, questa procedura chirurgica in oltre l'80% dei casi potrebbe essere effettuata in day surgery.

L'analisi della degenza media suggerisce una notevole variabilità rispetto al valore medio nazionale: essa è di 2,6 giorni, oscillando da un minimo di 1,3 giorni (Friuli Venezia Giulia) a 4,2 giorni della Basilicata.

La correlazione tra la degenza media del Friuli per lo stripping di vene (1,3 giorni) effettuato in regime di ricovero ordinario, e l'indice di trasferimento del 46,2% è una ulteriore dimostrazione che la procedura potrebbe essere trattata nella quasi totalità dei casi in day surgery.

Descrizione del DRG 162

Indice di trasferimento: Percentuale di interventi effettuati in Day Surgery per Ernia Inguinale e Femorale Età > 17 senza complicanze (DRG 162) e degenza media (D.M.) in giorni per i ricoveri effettuati in regime ordinario per lo stesso DRG.

	%	D.M.
Veneto	65,9	2,75
Emilia Romagna	54,3	2,38
Umbria	54,2	2,90
Valle D'Aosta	51,1	4,17
P.A. Trento	39,5	2,53
Friuli V.G.	37,4	1,76
Marche	37,2	2,65
Toscana	33,1	2,91
Piemonte	28,7	3,28
ITALIA	24,1	3,40
Basilicata	16,7	4,52
Lombardia	16,2	2,69
Lazio	16,0	4,22
Sicilia	7,9	4,02
Sardegna	6,9	3,77
Liguria	5,7	2,90
Campania	2,9	4,03
Abruzzo	2,7	3,78
P.A. Bolzano	2,6	3,71
Puglia	1,1	3,91
Calabria	1,1	4,84
Molise	0,0	4,55

Indice di trasferimento in day-hospital per DRG 162

**Descrizione dei Risultati**

In Italia il 24,1% degli interventi di ernia inguinale (DRG 162) vengono effettuati in day surgery.

Un indice di copertura del 24% deve essere considerato basso poiché, sulla base delle indicazioni fornite dalle Società Scientifiche, la procedura nell'83% dei casi potrebbe essere effettuata in day surgery. (fonte: RUTKOV 1998).

La degenza per gli interventi di ernioplastica è di 3,4 giorni con una larga variabilità da 1,8 giorni del Friuli a 4,8 giorni della Calabria.

La correlazione tra la degenza media del Friuli per l'ernioplastica (1,8 giorni) in regime di ricovero ordinario e l'indice di trasferimento del 37,4%, è una ulteriore dimostrazione che la procedura potrebbe essere trattata nella quasi totalità dei casi in day surgery.

Descrizione del DRG 222

Indice di trasferimento: Percentuale di interventi effettuati in Day Surgery per Interventi sul ginocchio senza complicanze (DRG 222) e degenza media (D.M.) in giorni per i ricoveri effettuati in regime ordinario per lo stesso DRG.

	%	D.M.
Valle d'Aosta	62,7	3,16
Emilia Romagna	43,5	2,79
Marche	39,3	3,18
Toscana	37,6	3,07
Piemonte	35,0	2,83
P.A. Bolzano-Bozen	28,4	4,06
Veneto	26,2	2,84
ITALIA	20,5	3,07
P.A. Trento	20,1	2,52
Friuli V.G.	18,0	1,95
Liguria	17,0	2,94
Lazio	13,8	4,84
Sardegna	13,3	4,03
Lombardia	13,0	2,48
Basilicata	12,4	2,86
Umbria	12,0	2,51
Sicilia	3,9	4,25
Puglia	3,6	3,53
Campania	3,4	3,99
Abruzzo	0,9	3,35
Calabria	0,5	3,96
Molise	0,0	4,25

Indice di trasferimento in day-hospital per DRG 222

**Descrizione dei Risultati**

La percentuale degli interventi effettuati in day surgery varia dal 62,7% della Valle d'Aosta allo 0% del Molise, con una media nazionale del 20,5%. Alcune regioni come il Friuli Venezia Giulia, pur presentando una percentuale di trasferimento bassa (18%), presentano una degenza media di 1,95 giorni a dimostrazione che la totalità della casistica, può essere trattata con una degenza inferiore alle 48 ore. Diverso è il comportamento della regione Lazio dove ad un basso grado di trasferimento (13,8%), corrisponde una degenza media di 4,84 giorni.

Descrizione del DRG 364

Indice di trasferimento: Percentuale di interventi effettuati in Day Surgery per Dilatazione e Raschiamento Conizzazione eccetto per Neoplasie Maligne e degenza media (D.M.) in giorni per i ricoveri effettuati in regime ordinario per lo stesso DRG.

	%	D.M.
Emilia Romagna	74,1	2,03
Veneto	73,5	2,09
Toscana	70,4	2,58
Lombardia	69,9	1,94
ITALIA	48,2	2,37
Liguria	65,6	2,23
P.A. Trento	64,2	1,83
Friuli V.G.	63,7	1,53
Umbria	60,5	1,50
Piemonte	54,9	2,15
Valle d'Aosta	46,8	2,48
Marche	44,5	2,21
Sicilia	41,1	2,59
Basilicata	36,4	3,38
P.A. Bolzano-Bozen	35,3	2,34
Abruzzo	32,7	2,28
Sardegna	29,1	2,60
Puglia	28,2	2,59
Calabria	23,1	2,88
Lazio	20,4	2,58
Campania	16,9	2,28
Molise	0,0	2,80

Indice di trasferimento in day-hospital per DRG 364**Descrizione dei Risultati**

La percentuale degli interventi effettuati in day surgery varia dal 74,1% dell'Emilia Romagna allo 0,0% del Molise, con una media nazionale del 48,2%. L'Umbria che presenta una percentuale di trasferimento del 60,5%, presenta per i ricoveri effettuati in regime ordinario una degenza media di 1,50 giorni a dimostrazione che la quasi totalità della casistica, può essere trattata con una degenza di 24 ore. Analogamente l'Emilia Romagna, che presenta il più alto indice di trasferimento (74,1%) presenta una degenza media per il ricovero ordinario di 2 giorni. Diverso è il comportamento della regione Basilicata che ad un basso grado di trasferimento (36,4%), associa una degenza media di 3,38 giorni.

Valutazione dei risultati riguardanti i cinque DRG chirurgici

La valutazione congiunta dei dati relativi alla percentuale di trasferimento ed alla degenza media per i cinque DRGs chirurgici considerati consente, oltre a tutte le considerazioni sulla maggiore soddisfazione del paziente, di effettuare una stima del potenziale risparmio legato ad un utilizzo ottimale della degenza.

Se correliamo il numero di giornate di degenza utilizzate impropriamente con il costo medio per giornata (che sulla base dei dati forniti dalla ASSR, relativi all'anno 2001, equivale ad 891,92 €) è possibile effettuare una valutazione molto precisa del risparmio che può essere ottenuto.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le regioni con basso indice di trasferimento dovrebbero facilitare un progressivo passaggio dei DRGs presi in esame dal regime di ricovero ordinario alla day surgery.

Le regioni che hanno già condizioni favorevoli, come indicato da un elevato indice di trasferimento, potranno favorire il progressivo passaggio dalla day surgery al regime di chirurgia ambulatoriale.

Per raggiungere l'obiettivo è necessario che le regioni:

- adottino atti coerenti in termini di normativa regionale;
- sviluppino politiche tariffarie capaci di incentivare il trasferimento in day surgery o in regime ambulatoriale;
- definiscano soglie di ammissibilità, ai fini della valutazione di appropriatezza, in linea con il dato di partenza regionale.

Indice di attrazione e fuga per i ricoveri in regime ordinario e in day hospital

Significato. La mobilità regionale rappresenta la tendenza della popolazione ad usufruire delle prestazioni in regime di ricovero ordinario in una regione diversa da quella di residenza. La mobilità passiva (o emigrazione, o indice di fuga) è il numero di pazienti che si curano fuori regione, la mobilità attiva (o immigrazione, o indice di attrazione) è il numero di pazienti di altre regioni che si fanno curare in una determinata regione. Tale fenomeno, presente anche in passato, ha assunto un significato più rilevante dopo la «liberalizzazione» della scelta del luogo di cura sancita dalla riforma del SSN con i D.lgs. 502/92 e 517/93. Prima di essa era necessaria un'autorizzazione a farsi curare in regioni diverse da quella di residenza. In un mercato sanitario pubblico sostanzialmente libero tale indicatore è un indice indiretto sia della completezza dell'offerta sanitaria, sia della qualità ed accessibilità dei servizi. I pazienti infatti emigrano o per accedere a prestazioni non offerte in loco o per accedere a prestazioni più tempestive o di migliore qualità di quelle della propria zona.

	Indice di attrazione	Indice di fuga
Numeratore	% di immigrazione	% di emigrazione
Denominatore	% di emigrazione	% di immigrazione

Validità e limiti. Un'elevata immigrazione è indice di elevato standard assistenziale ed un'elevata emigrazione è indice di segno contrario. Vi sono però elementi di confondimento. La struttura orografica rende ad esempio inevitabile l'emigrazione di pazienti da un distretto molto decentrato a strutture di regioni confinanti ma comunque più vicine delle proprie. È altrettanto inevitabile che regioni piccole non possano fornire tutte le tipologie di prestazioni e quindi abbiano un'elevata emigrazione sebbene le prestazioni disponibili siano di qualità adeguata.

Inoltre i dati presentati non includono i ricoveri all'estero (57.086 per i ricoveri ordinari e 10.154 per i ricoveri in day hospital) e quelli in sede non specificata (10.419 per i ricoveri ordinari e 2.910 per i ricoveri in day hospital).

Benchmark. Indice di attrazione: il valore più elevato (2,56 per i ricoveri ordinari e 2,37 per i ricoveri in day hospital). Indice di fuga: il valore più basso (0,39 per i ricoveri ordinari e 0,42 per i ricoveri in day hospital).

Fonte dei dati e anni di riferimento: ISTAT. Anno 2000.

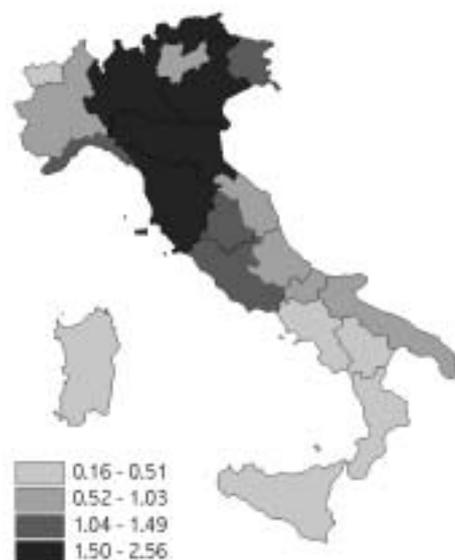
Descrizione dei Risultati

Si nota immediatamente la posizione di testa delle grandi regioni del nord che con la loro offerta articolata e numericamente elevata di prestazioni sanitarie esercitano una forte attrazione sull'utenza delle altre regioni. Considerazioni sulla qualità delle prestazioni sono più difficili da fare in quanto tendono ad essere confuse o mascherate da problemi di accessibilità ma esse restano comunque l'aspetto più interessante dei contenuti di questo indicatore. Per quanto riguarda la particolare situazione della Provincia Autonoma di Bolzano va detto che non essendo considerata la mobilità sanitaria verso le strutture austriache (in particolare verso Innsbruck) il solo dato della mobilità nazionale non è correttamente dimensionato.

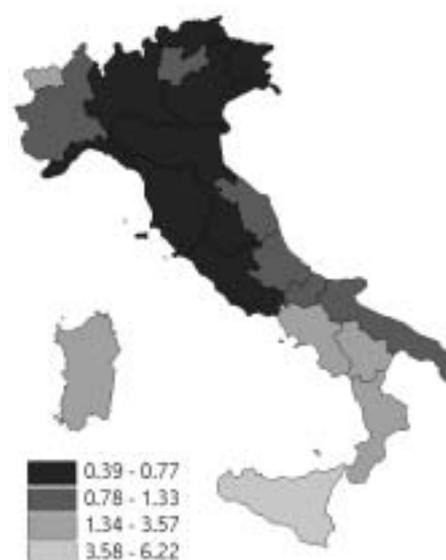
Percentuale di emigrati, immigrati ed indici di attrazione e fuga per ricoveri in regime ordinario. La tabella è ordinata in maniera decrescente per i valori relativi all'indice di attrazione.

	% di emigrati	% di immigrati	Indice attrazione	Indice di fuga
P.A. Bolzano-Bozen	4,1	10,5	2,56	0,39
Lombardia	3,8	9,0	2,34	0,43
Emilia-Romagna	5,9	12,7	2,16	0,46
Toscana	5,2	10,5	2,01	0,50
Veneto	4,5	8,5	1,87	0,53
Umbria	9,9	14,8	1,49	0,67
Friuli-Venezia Giulia	6,0	8,6	1,42	0,70
Lazio	6,1	8,6	1,41	0,71
Liguria	9,4	12,3	1,30	0,77
Molise	21,0	21,6	1,03	0,97
Abruzzo	10,1	10,3	1,02	0,98
Marche	9,2	9,3	1,01	0,99
Puglia	5,6	4,9	0,87	1,15
Piemonte	8,0	6,6	0,83	1,20
P. A. Trento	14,2	10,7	0,75	1,33
Valle d'Aosta	19,0	9,7	0,51	1,96
Sardegna	4,0	1,9	0,47	2,14
Basilicata	24,5	10,6	0,43	2,33
Campania	7,8	2,5	0,32	3,16
Calabria	13,0	3,6	0,28	3,57
Sicilia	7,4	1,2	0,16	6,22

Indice di attrazione ricoveri ordinari



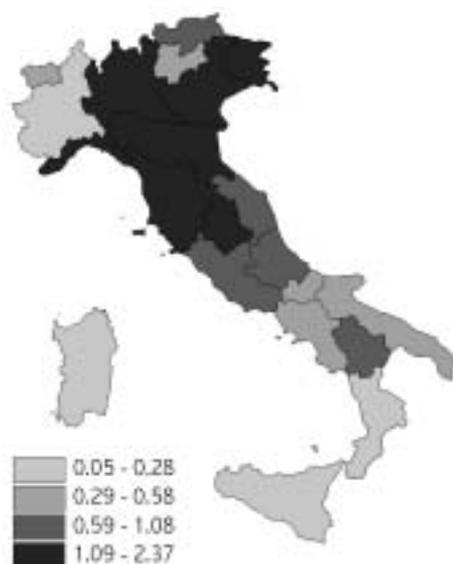
Indice di fuga ricoveri ordinari



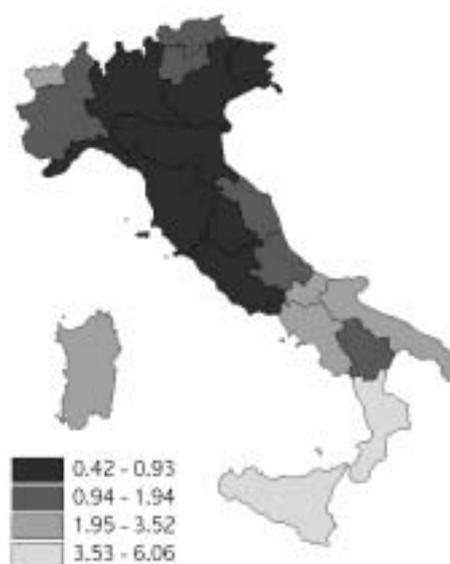
Percentuale di emigrazione ed immigrazione dei pazienti per regime di ricovero in day hospital ed indice di attrazione e fuga. La tabella è ordinata in maniera decrescente per i valori relativi all'indice di attrazione.

	% di emigrazione	% di immigrazione	Indice attrazione	Indice fuga
Lombardia	3,3	7,8	2,37	0,42
Emilia-Romagna	4,1	9,1	2,25	0,45
Umbria	7,2	16,1	2,25	0,44
Toscana	5,6	9,8	1,73	0,58
Veneto	4,3	7,1	1,68	0,60
Liguria	6,9	10,8	1,57	0,64
Friuli-Venezia Giulia	7,1	10,2	1,43	0,70
Lazio	6,4	7,0	1,08	0,93
P. A. Bolzano-Bozen	13,0	11,3	0,87	1,14
Abruzzo	10,7	8,4	0,78	1,28
Piemonte	7,5	5,7	0,76	1,32
Marche	11,3	8,0	0,71	1,41
Basilicata	20,4	12,0	0,59	1,69
P. A. Trento	13,5	7,0	0,52	1,94
Valle d'Aosta	20,0	8,2	0,41	2,44
Puglia	7,6	2,8	0,37	2,74
Campania	6,1	2,2	0,35	2,82
Molise	55,1	18,3	0,33	3,01
Sardegna	2,5	0,7	0,28	3,52
Calabria	13,5	2,5	0,18	5,48
Sicilia	5,1	0,8	0,16	6,06

Indice di attrazione Day-Hospital



Indice di fuga Day hospital



Percentuale di dimessi dal Pronto Soccorso

Significato. Il Pronto Soccorso assicura la prima soluzione per i problemi clinici urgenti del paziente, perciò una rapida diagnosi e risoluzione clinica rappresenta un indicatore di efficacia ed appropriatezza del sistema.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero di dimessi}}{\text{Tutti gli accessi al Pronto Soccorso}} \times 100$$

Benchmark. Valore ottimale 78-82% (Ministero della Salute).

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Elaborazioni ISTAT su dati Ministero della Salute. Anno 2001.

Descrizione dei Risultati

Dai dati del Ministero della Salute sull'attività delle strutture con Pronto Soccorso, si evidenzia che nel 2001 ci sono stati circa 4 accessi ogni 10 abitanti e di questi circa il 21% è stato in seguito ricoverato.

La percentuale di pazienti dimessi dai P.S. rispetto al totale dei visitati rappresenta un indicatore del filtro svolto dal Pronto Soccorso rispetto ai ricoveri in urgenza. Dovrebbe essere dato per acquisito che i ricoveri in elezione non vengano conteggiati in nessun caso (verificare i dati di Sardegna e Basilicata). Peraltro filtri eccessivi (dimissioni nell'88-87% dei casi) potrebbe indicare o una carenza di posti letto o, più verosimilmente, un aumento degli accessi impropri (codici bianchi) in Pronto Soccorso, tali da consentire una riduzione dei ricoveri di tale entità.

Raccomandazioni di Osservasalute

Soprattutto in quelle Regioni la cui percentuale di dimissioni si discosta significativamente dalla media nazionale, misure correttive andrebbero ricercate attraverso una migliore utilizzazione delle attività ambulatoriali e di day hospital per la dimissione protetta e, dove attuata, di day surgery, in ottemperanza a quanto previsto dal DPR 20/10/92, «Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per l'attivazione dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali».

L'attivazione dell'osservazione breve intensiva (O.B.I.), nei Dipartimenti di emergenza accettazione, può rappresentare un'efficace soluzione nelle situazioni al limite fra la dimissione immediata del paziente ed il suo ricovero tradizionale ospedaliero, allo scopo di evitare ricoveri non necessari e di prevenire dimissioni non appropriate.

È infatti necessario, a fronte di un significativo aumento nella popolazione della domanda di salute e di prestazioni sanitarie, discriminare fra urgenze «oggettive» ed urgenze «soggettive» (codici bianchi), per disincentivare le quali è stato ipotizzato il pagamento per le prestazioni non urgenti, richieste in P.S.

Proprio allo scopo di diminuire il numero di «accessi impropri» il PSN 2003-2005 propone l'apertura di studi medici associati di medicina generale sul territorio, che assicurino la presenza del medico per 12 ore al giorno e per 7 giorni alla settimana, al fine di evitare che il paziente si rivolga di sua iniziativa all'Ospedale; è inoltre necessario un'efficace *triage* in modo da indirizzare al personale sanitario del P.S. soltanto le urgenze «oggettive» (codici rossi, verdi, gialli) e dirottare quelle «soggettive», che richiedono prestazioni differibili e proprie del territorio, su ambulatori inseriti nell'area del P.S.

che devono essere aperti negli orari del servizio di continuità assistenziale, e nei DEA di II livello per 24 ore al giorno.

Dal 2003 la Regione Emilia-Romagna si propone di rendere operativi su tutto il territorio gli «ambulatori di continuità assistenziale» e gli «ambulatori ad accesso diretto», già avviati nelle ASL di Reggio Emilia, Modena, Parma e Rimini. I primi verranno attivati in prossimità del Pronto Soccorso da dove un infermiere dirotterà i casi non urgenti. Gli «ambulatori ad accesso diretto» si troveranno invece dislocati nei distretti, sulla base di specifiche convenzioni locali con i medici di medicina generale.

Talvolta, però, anche nei confronti delle urgenze non differibili, può risultare difficile trattenere il paziente in P.S. fino alla definizione diagnostica, a causa di alcune criticità: carenza di spazi attrezzati, gestione di più casi critici contemporaneamente, personale numericamente inadeguato o carenza di posti letto che possono indurre alla dimissione precoce di un paziente a rischio.

Qualora i ricoveri in urgenza siano superiori ai posti disponibili, dovrà essere disposto il trasferimento in altre strutture adeguate; tuttavia, non sempre esiste un monitoraggio in tempo reale della disponibilità dei posti letto.

Per questo motivo la Regione Lazio, nella quale il 95% dei PS/DEA ha aderito ad un progetto di informatizzazione univoca ed omogenea (GIPSE), ha definito nel proprio piano sanitario il disegno e lo sviluppo di un'anagrafe dei p.l., gestita tramite procedure informatizzate via Internet, che permettano la pubblicazione giornaliera ed automatizzata di report sull'andamento dell'occupazione dei p.l. e l'utilizzazione di informazioni aggiornate, relative alla loro effettiva disponibilità.

Numero di dimessi dal Pronto Soccorso per 100 accessi

Basilicata	55
Molise	61
Puglia	61
Abruzzo	68
Calabria	69
Sicilia	72
Sardegna	79
Liguria	79
Lazio	79
ITALIA	79
Campania	80
Emilia-R.	81
Toscana	81
Umbria	82
Valle d'Aosta	82
Marche	83
Lombardia	83
Veneto	83
Friuli V.G.	85
P.A. Bolzano	86
P.A. Trento	87
Piemonte	88



Percentuale di deceduti in Pronto Soccorso

Significato. La percentuale di deceduti in Pronto Soccorso è un indicatore di esito, che permette una valutazione non soltanto dell'attività in Pronto Soccorso, ma anche dell'intervento pre-ospedaliero che fornisce le prime prestazioni al paziente critico.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero di deceduti al Pronto Soccorso}}{\text{Tutti gli accessi al Pronto Soccorso}} \times 100$$

Benchmark. Valore ottimale 0,10-0,20% sul totale delle prestazioni. (Ministero della Salute).

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Elaborazioni ISTAT su dati Ministero della Salute-Anno 2001.

Descrizione dei Risultati

L'incidenza dei decessi in Pronto Soccorso è soggetta ad alcune variabili, prima fra tutte quella legata al funzionamento del sistema 118. Un buon funzionamento dovrebbe ridurre i «giunti cadavere». Il basso valore presente in alcune regioni, dove lo sviluppo del sistema 118 è relativamente recente, induce ad avere qualche riserva sul campionamento. Un'altra variabile può essere legata alla modalità di gestione dei pazienti instabili clinicamente in Pronto Soccorso: se la gestione delle prime ore avviene in regime ambulatoriale o di ricovero questo può variare i numeri dei decessi in Pronto Soccorso. Forse un parametro più verificabile potrebbe essere quello di valutare i decessi in urgenza avvenuti entro 24 ore dall'accoglienza in Triage.

Raccomandazioni di Osservasalute

Secondo il documento approvato dal Consiglio Nazionale dell' A.A.R.O.I. (Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani), le situazioni con compromissione prevedibile o in atto delle funzioni vitali rappresentano meno del 10%, il 2-5% secondo i dati riportati dalle Linee Guida del 1996. Sebbene più del 90% dei pazienti soccorsi non presenti funzioni vitali compromesse, colpiti da stati patologici acuti o da traumi, necessitano comunque di un intervento tempestivo. La rapidità e la qualità del soccorso extra-ospedaliero, rappresentano fattori essenziali per ridurre la mortalità, soprattutto nell'arco di quella che viene definita «golden hour», ossia i 60 minuti successivi all'evento critico. Prima della nascita del sistema 118, il modello di primo soccorso era definito «load and go», ossia il paziente veniva trasportato nella struttura più vicina, dove veniva sottoposto al trattamento, con il rischio di causare ritardi che influivano negativamente sulla prognosi di sopravvivenza. Oggi si è passati al criterio del «stabilize and go», ossia alla stabilizzazione pre-trasporto. Nel caso del trauma, per esempio, la mortalità presenta un picco nei primi minuti e nelle prime due ore: su questi pazienti la tempestività del trattamento è in rapporto alla loro sopravvivenza. Pertanto requisito fondamentale è la preparazione/sensibilità diagnostica del personale soccorritore, che deve essere in grado, pur nell'impossibilità di un esame obiettivo dettagliato, di valutare clinicamente il caso e di procedere al supporto e ripristino delle funzioni vitali, anche in situazioni ambientali e logistiche ostili (es. montagna, strada, ambiti lavorativi...). A riguardo, la Regione Lazio ha deciso di investire nella formazione ed aggiornamento professionale del personale operante nei PS, DEA e nel Lazio 118, che dovrà realizzarsi secondo piani formativi definiti dal PSN. I corsi sul Basic Life Support (BLS), con

uso del defibrillatore (BLSD), Pre-Hospital Trauma Life Support (PHTLS), Advanced Cardiac Life Support (ACLS) coinvolgeranno in diversa misura tutto il personale sanitario operante nell'ambito dell'emergenza. In particolare il personale infermieristico dovrà essere addestrato a prendere gli opportuni provvedimenti salvavita e a supportare l'intervento del medico. I dati della regione Lazio individuano quale criticità, l'applicazione sistematica del *triage*: non è stato eseguito nel 7,3% (nel 2000) e nel 4,4% (nel 2001) degli accessi. Pertanto appositi corsi saranno indirizzati agli infermieri, al fine di uniformare i comportamenti riguardo le modalità di effettuazione, ed utilizzare gli stessi criteri di classificazione di gravità. Anche la Regione Liguria, con il DGR 1360/2001 ha predisposto, per il triennio 2002-2004, un percorso formativo standard indirizzato non soltanto al personale sanitario, ma a tutte le figure coinvolte nell'emergenza (Vigili del Fuoco, Polizia Municipale, Polizia di Stato, Corpo Forestale, Protezione Civile, Associazioni di volontariato...).

Un altro determinante da non sottovalutare è l'attrezzatura per il soccorso avanzato nelle ambulanze.

Per diminuire la mortalità da arresto cardiocircolatorio, in data 3/04/2001 è stata emanata la legge n.120 con la quale si autorizza l'uso del defibrillatore automatico in sede extraospedaliera anche al personale sanitario medico e non medico; nel contempo viene previsto che le Regioni disciplinino il rilascio da parte delle Aziende Sanitarie dell'autorizzazione all'utilizzo, per il personale coinvolto nell'ambito del servizio 118.

La Regione Liguria, con il DGR 251 del 14/03/2002, disciplina l'uso del defibrillatore automatico e prevede il possesso da parte di tutto il personale non medico di idonea formazione validata e sistematicamente verificata dalle Aziende Sanitarie sede del servizio 118, secondo quanto previsto dalle principali società scientifiche del settore sia nazionali che internazionali.

Numero di deceduti in Pronto Soccorso per ogni 100 accessi

Campania	0,04
Calabria	0,04
P.A. Bolzano	0,04
P.A. Trento	0,04
Sicilia	0,05
Sardegna	0,05
Abruzzo	0,05
Umbria	0,06
Molise	0,07
Friuli V.G.	0,08
Basilicata	0,09
Puglia	0,09
Marche	0,09
ITALIA	0,09
Valle d'Aosta	0,10
Emilia-R.	0,10
Toscana	0,11
Veneto	0,12
Piemonte	0,12
Lombardia	0,12
Lazio	0,13
Liguria	0,20



Curva dei tassi di ospedalizzazione per classe di età

Significato. I tassi di ospedalizzazione sono riportati per singola classe di età e distinti per sesso. La distinzione per sesso è resa necessaria dalla peculiarità che contraddistingue il sesso femminile in alcune classi di età. La distinzione per età consente di porre in rilievo la diversa intensità di ricorso alle prestazioni ospedaliere da parte di alcune fasce di età, in particolare bambini e anziani.

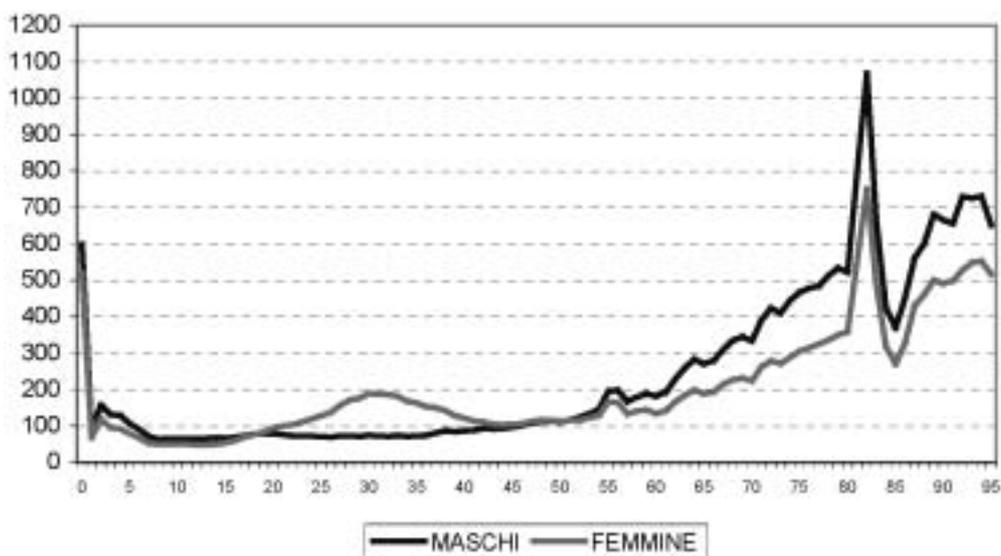
Numeratore	Dimissioni per età e sesso (in modalità ordinaria)	x 1.000
Denominatore	Popolazione residente all'inizio dell'anno	

Validità e limiti. I dati rilevati con le schede di dimissione ospedaliera (SDO) si riferiscono all'evento «ricovero» che può essere, per definizione, ripetuto in uno stesso soggetto.

Dal computo dei tassi sono esclusi i neonati sani, identificabili dal DRG 391, e sono comprese le discipline per acuti, di riabilitazione e lungodegenza. I dati sono rilevati a partire dalle strutture di ricovero, pubbliche e private accreditate, presenti sul territorio nazionale.

Valori di riferimento. Non è possibile stabilire un valore ottimale perché la curva è solo un metodo di descrizione analitica di un fenomeno per età e sesso.

Grafico 1 - Curva dei tassi di ospedalizzazione per classi di età - Anno 2002



Le fonti dei dati sono costituite dalle schede di dimissione ospedaliera del Ministero della Salute dell'anno 2002 e dalla popolazione residente Istat al 1/01/2002.

Descrizione dei Risultati

I dati riportati su un diagramma cartesiano, consentono di analizzare dettagliatamente il fenomeno dell'ospedalizzazione: innanzitutto l'evidenza di una elevata ospedalizzazione della prima fascia di età, corrispondente al primo anno di vita, una sostanziale stabilità dei tassi maschili dai 7 ai 35 anni ed un via via crescente ricorso alle prestazioni ospedaliere a partire dai 50 anni di età. I valori più elevati dei tassi si registrano nel primo anno di vita ove raggiungono quota 600 per 1.000 e negli ultraottantenni dove variano tra il 600 e 700 per 1.000.

I tassi di ospedalizzazione maschili sono sempre più elevati ad eccezione della fascia di età corrispondente all'età riproduttiva femminile. Nelle altre fasce di età il divario sfavorevole del sesso maschile cresce all'aumentare dell'età.

La profonda oscillazione riscontrabile nella classe di età 80-83 anni è ascrivibile ai particolari eventi che si sono verificati in Italia nel 1919-1921: periodo post bellico ed epidemia della «spagnola».

Raccomandazioni di Osservasalute

L'elevata ospedalizzazione del primo anno di vita sembra una caratteristica propria delle strutture italiane, sicuramente in parte influenzata dalle modalità di pagamento delle prestazioni ospedaliere (soprattutto per i neonati).

In paesi come il Regno Unito o la Spagna i tassi di ospedalizzazione, per tutta la fascia pediatrica, (0-14 anni) sono inferiori al 60 per 1.000 bambini, mentre in Italia superano il 110 per 1.000. Sono da favorire modelli organizzativi più attenti alla realtà territoriale, che rafforzano il ruolo del pediatra di famiglia e limitano l'accesso improprio al pronto soccorso e alle prestazioni di ricovero in favore delle più indicate prestazioni ambulatoriali.

Anche le fasce di età anziane presentano una elevata ospedalizzazione, attribuibile ad un maggiore bisogno sanitario connesso al progressivo invecchiamento della popolazione. I livelli di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni ospedaliere non sono però sempre accettabili, in alcune realtà l'elevata ospedalizzazione delle età anziane riflette la mancanza di servizi alternativi territoriali a carattere prevalentemente residenziale, più idonei alle reali necessità che emergono da tali popolazioni.

Tassi di ospedalizzazione per regione

Significato. Il tasso di ospedalizzazione rappresenta il più noto e diffuso indicatore della frequenza di ricorso alle prestazioni ospedaliere da parte della popolazione residente. Quando espresso con riferimento alla popolazione residente descrive una misura della propensione al ricovero espressa e soddisfatta dalla popolazione. Viene calcolato sia per la modalità di ricovero ordinario, sia per la modalità di day hospital/day surgery. È proposto un confronto con l'anno 2000 per evidenziare il fenomeno della deospedalizzazione in modalità ordinaria e della crescita del day hospital e day surgery che si sta verificando in tutte le regioni italiane.

Numeratore	Dimissioni, ovunque effettuate, di residenti nella regione, nell'anno	
Denominatore	Popolazione residente nella regione all'inizio dell'anno	x 1.000

Validità e limiti. Dal computo dei tassi sono esclusi i neonati sani, identificabili dal DRG 391, e sono comprese le discipline per acuti, di riabilitazione e lungodegenza. Sono considerate le dimissioni effettuate presso gli istituti di cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale.

Il tasso così elaborato non esaurisce l'ammontare complessivo dei ricoveri che si svolgono in Italia in quanto sono esclusi i ricoveri della popolazione straniera non residente e i ricoveri che avvengono nelle strutture private non accreditate.

Particolare cautela va prestata nella lettura dei tassi di day hospital che possono risentire delle diverse modalità di registrazione dei cicli e degli accessi in day hospital da parte delle regioni, nonché delle diverse politiche regionali relative al trasferimento in regime ambulatoriale.

I tassi di ospedalizzazione sono calcolati con le dimissioni dei pazienti dalle strutture di ricovero e pertanto se i pazienti sono ricoverati più volte durante l'anno essi sono ripetutamente registrati ed il tasso di conseguenza ne risulta aumentato. I tassi sono stati standardizzati con la popolazione residente rilevata al Censimento 2001.

Valori di riferimento. Il confronto può essere correttamente riferito allo standard stabilito dalla normativa nazionale che attribuisce al tasso di ospedalizzazione (inclusa la modalità di day hospital) un valore di riferimento pari al 160 per 1.000. (art. 1 L. 23/12/1996 n. 662).

Descrizione dei Risultati

Il tasso grezzo di ospedalizzazione in Italia è stato nell'anno 2002 pari a 156,7 per 1.000 abitanti in modalità ordinaria e 57,6 per 1.000 in modalità di day hospital.

Rispetto all'anno 2000 si evidenzia una lieve ma significativa diminuzione della modalità ordinaria che era pari al 164,7 per 1.000 ed un deciso aumento del day hospital che non raggiungeva nell'anno 2000 il 47 per 1.000.

La diminuzione della ospedalizzazione ordinaria è evidente in tutte le regioni, risulta più lieve in Abruzzo, Calabria e Sardegna e «apparentemente» risulta di segno contrario nella regione Sicilia. Quest'ultimo valore è interamente attribuibile ad un incremento della copertura delle strutture di ricovero siciliane avvenuta nel flusso informativo in questi ultimi anni. L'incremento del day hospital è analogamente avvenuto in tutte le regioni italiane. La P. A. di Bolzano ed il Molise hanno registrato un maggiore incremento data la condi-

zione di svantaggio che le ha caratterizzate in passato. Un'eccezione si riscontra nella regione Puglia dove il processo di deospedalizzazione ha riguardato tanto il regime ordinario che quello di day hospital.

Per quanto riguarda le differenze territoriali si evidenzia una maggiore propensione al ricovero ordinario da parte della popolazione appartenente all'area meridionale ed insulare del paese. Al contrario nelle regioni settentrionali, con l'eccezione della P. A. di Bolzano, si registrano i valori più bassi dei tassi di ospedalizzazione.

I valori più elevati si registrano pertanto nelle regioni Abruzzo (tasso standardizzato 208,4), Puglia (197,4), Bolzano (196), Calabria (191,3) e Molise (190). I valori più contenuti appartengono ai piemontesi (119,7 per 1.000), ai friulani (126,8) e ai toscani (127,5).

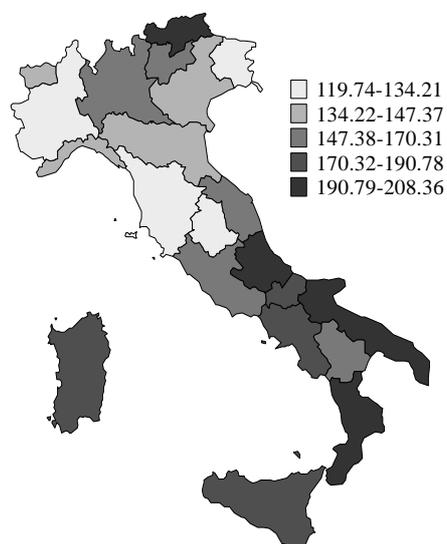
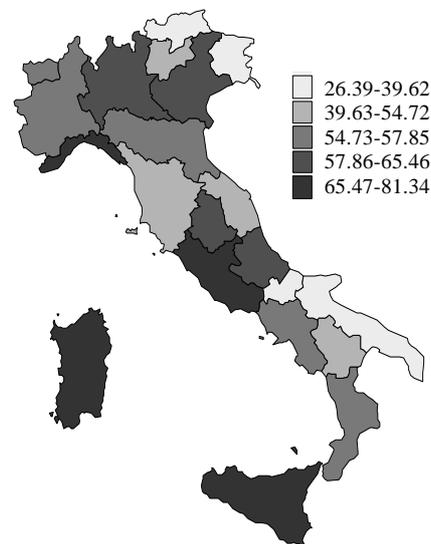
Per quanto riguarda la modalità di day hospital non è altrettanto evidenziabile un particolare gradiente geografico. A parte alcuni casi estremi rappresentati da un lato dalla Sicilia e dalla Liguria (tassi standardizzati vicini all'80 per 1.000 abitanti), e dall'altro dal Molise, dalla Puglia e dalla P. A. di Bolzano (tassi del 27-31 per 1.000), la variabilità territoriale è piuttosto contenuta.

Il confronto con il valore di riferimento, stabilito dalla normativa in 160 per 1.000, per tutti i regimi di erogazione delle prestazioni ospedaliere, evidenzia una frequenza del fenomeno dell'ospedalizzazione ancora piuttosto elevata. Le regioni più vicine al parametro di riferimento risultano il Piemonte, il Friuli V.G. e la Toscana.

Tabella 1 - Tassi grezzi e standardizzati di ospedalizzazione per regione di provenienza - Anno 2002

Regione	Degenza Ordinaria		Day Hospital	
	tasso grezzo	tasso stnd	tasso grezzo	tasso stnd
Piemonte	123,67	119,74	56,62	54,93
Valle d'Aosta	137,35	136,17	58,35	57,76
Lombardia	156,64	159,19	58,80	59,23
Prov. .Aut. Bolzano	181,46	195,97	31,33	32,50
Prov. Aut. Trento	150,55	153,10	48,01	48,91
Veneto	139,11	140,69	57,71	58,22
Friuli-Venezia Giulia	136,23	126,85	40,01	38,70
Liguria	155,91	141,19	84,14	79,42
Emilia-Romagna	146,99	136,39	59,43	56,19
Toscana	136,48	127,53	52,93	41,00
Umbria	140,34	132,90	67,70	65,18
Marche	156,00	148,91	48,95	47,46
Lazio	155,42	160,61	64,79	65,64
Abruzzo	210,37	208,36	61,85	61,92
Molise	192,15	190,00	26,43	26,39
Campania	161,10	179,97	51,57	54,77
Puglia	182,57	197,36	30,99	33,58
Basilicata	162,32	169,11	52,65	54,54
Calabria	178,82	191,30	54,67	56,91
Sicilia	177,15	187,16	78,80	81,34
Sardegna	161,98	175,11	64,71	67,34
Italia	156,69	158,88	57,59	58,12

Fonti dei dati: Schede di dimissione ospedaliera del Ministero della salute Anno 2002 e Popolazione residente Istat al 1/01/2002.

Tasso standardizzato di ospedalizzazione in regime di Ricovero Ordinario. Anno 2002**Tasso standardizzato di ospedalizzazione in regime di Day Hospital****Raccomandazioni di Osservasalute**

Nei piani sanitari elaborati negli ultimi anni, sia a livello nazionale che regionale, viene data particolare enfasi alla necessità di rivedere le reti ospedaliere esistenti: l'obiettivo prioritario rimane sempre il riequilibrio tra i livelli di assistenza sanitaria, che si esplica attraverso una riallocazione delle risorse (dalla cura alla prevenzione, all'assistenza ospedaliera e a quella territoriale); il potenziamento del ricovero diurno; lo sviluppo di interventi di riabilitazione e lungodegenza in ambito residenziale e domiciliare; l'elaborazione di programmi per l'abbattimento dei tempi di attesa e l'adozione di misure per garantire l'appropriatezza della sede allocativa degli interventi. La riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri, anche se risulta già avviata da alcuni anni, è ancora piuttosto contenuta. Il parametro stabilito dal legislatore nel 1996 è ancora lontano. I provvedimenti emanati nel 2001 per la riduzione dei ricoveri inappropriati nelle modalità di erogazione delle prestazioni ospedaliere, pur producendo una contrazione dei ricoveri in modalità ordinaria, hanno determinato un trasferimento delle prestazioni in day hospital/day surgery ma anche un incremento, in alcuni casi significativo, della domanda. Monitorare nel tempo il processo dell'ospedalizzazione diventa quindi elemento di estrema importanza al fine di produrre correttivi significativi per la pianificazione delle reti ospedaliere. Sarà necessario una forte attività di comunicazione con la popolazione tesa a chiarire le finalità di ridisegno delle reti ospedaliere, che è quella di fornire ai cittadini servizi ospedalieri più efficaci e più moderni, di ridurre i cosiddetti viaggi della speranza con i relativi costi e disagi e di attivare nel contempo servizi per i pazienti cronici.

Tasso di ospedalizzazione per regione, fascia di età e principale causa di ricovero

Significato. Le cause di ricovero sono differenti nelle varie fasce di età e nella classe di età centrale risultano ovviamente differenziate nei due sessi. I tassi di ospedalizzazione per regione di residenza, fascia di età, sesso e principali cause di ricovero consentono di descrivere le motivazioni sanitarie che inducono all'ospedalizzazione nel corso della propria vita evidenziando eventuali differenze geografiche

Numeratore	Dimissioni effettuate ovunque, dei residenti nella regione, nella fascia di età x per la causa y	
Denominatore	Popolazione residente all'inizio dell'anno della fascia di età x	x 100

Validità e limiti. I dati rilevati con le schede di dimissione ospedaliera si riferiscono all'evento «ricovero» che può essere, per definizione, ripetuto in uno stesso soggetto. Dal computo dei tassi sono esclusi i neonati sani, identificabili dal DRG 391, e sono comprese le discipline per acuti, di riabilitazione e lungodegenza. Sono considerati tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati, presenti sul territorio nazionale. Le tavole riflettono la sola modalità di erogazione ordinaria. Le fasce di età considerate sono < 1 anno, 1-14 anni, 15-44 anni, 45-64 anni, 65-74 anni, 75 e oltre. Le cause di dimissione sono elaborate secondo la sola diagnosi principale ed aggregate per capitolo della Classificazione ICD-9-CM vers. 1997. I valori della classe 15-44 sono stati disaggregati per sesso poiché, il tasso di ospedalizzazione nel sesso femminile, risente delle complicanze della gravidanza, parto e puerperio. Dalla valutazione delle prime 4 grandi cause sono stati esclusi i codici ICD-9-CM «V» appartenenti all'ultimo capitolo: «Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari». La valutazione delle cause a livello regionale può riflettere la diversa «attenzione» con la quale si procede alla registrazione delle diagnosi.

Valori di riferimento. Il confronto con i tassi nazionali consente di porre in rilievo eventuali differenze epidemiologiche o di ricorso al ricovero nelle varie regioni italiane.

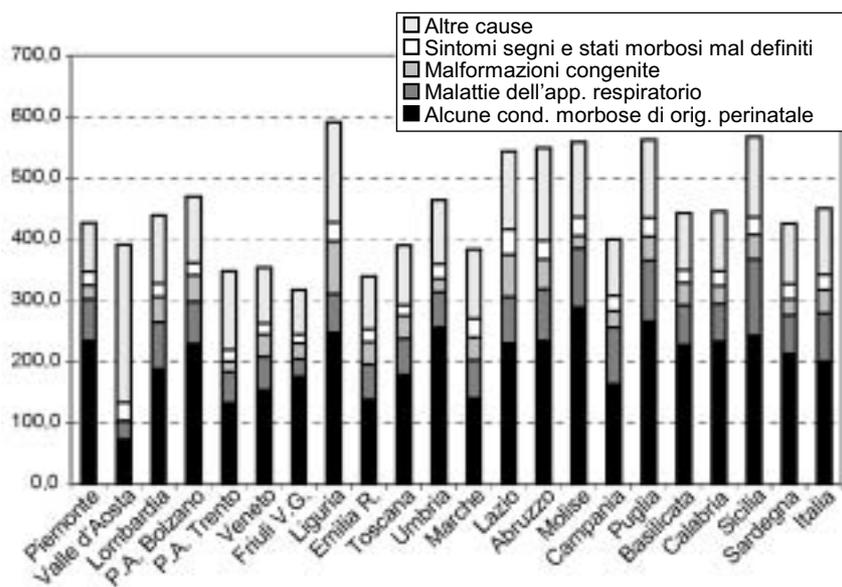
Descrizione dei Risultati

I tassi di ospedalizzazione nel 1° anno di vita sono particolarmente elevati e, anche escludendo le cause della Classificazione supplementare sui fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari, sono superiori al 310 per 1.000. Quelli più elevati si riscontrano per i residenti della Liguria e per gli appartenenti ad alcune regioni dell'area Centro-Meridionale: Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia e Sicilia. Al contrario i tassi più bassi si ritrovano per i residenti in Friuli-V.G. e in Emilia-R. Nel 1° anno di vita le principali grandi cause di ricovero investono alcune condizioni morbose di origine perinatale, le malattie dell'apparato respiratorio, le malformazioni congenite, i sintomi, segni e stati morbosi mal definiti. Nell'insieme coprono più di ¾ delle motivazioni che inducono all'ospedalizzazione: in particolare le condizioni morbose di origine perinatale rappresentano il 44,3% delle cause di ricovero e le malattie dell'apparato respiratorio il 17%. Tra le differenze geografiche segnaliamo i valori elevati del Molise, Campania, Puglia e Sicilia per le malattie dell'apparato respiratorio. Non sembra possano sussistere motivazioni epidemiologiche a spiegazione di tali valori. Anche per le malformazioni congenite, per le quali si evidenziano valori decisamente alti per i liguri e i laziali, è difficile riscontrare un significato epidemiologico. I valori assunti nella regione Valle d'Aosta sono particolarmente anomali in tutte le fasce di età, ma derivano da numerosità complessive molto esigue.

Tabella 1 - Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti nel primo anno di vita per regione e principali cause di ricovero - Anno 2002

Regione	Alcune cond. morbose di origine perinatale	Malattie dell'apparato respiratorio	Malformazioni congenite	Sintomi segni e stati morbosi mal definiti	Altre cause	Tutte le cause
	ICD-9-CM 760-779	ICD-9-CM 460-519	ICD-9-CM 740-759	ICD-9-CM 780-799		
Piemonte	233,2	68,6	23,6	21,5	79,6	426,5
Valle d'Aosta	72,7	29,8	0,9	29,8	258,3	391,4
Lombardia	187,3	76,9	41,3	22,5	111,3	439,2
Prov. Aut. Bolzano	228,8	69,1	43,0	20,6	108,6	470,1
Prov. Aut. Trento	131,8	50,6	17,5	19,7	128,4	348,0
Veneto	152,7	54,6	37,2	17,4	92,2	354,1
Friuli-Venezia Giulia	174,8	29,4	25,2	15,0	72,9	317,2
Liguria	246,8	64,2	86,2	30,4	163,4	591,0
Emilia-Romagna	137,7	58,0	35,6	21,2	87,3	339,8
Toscana	178,0	59,3	37,6	17,6	97,9	390,4
Umbria	255,7	58,1	21,9	24,0	104,1	463,9
Marche	139,5	62,2	37,5	31,1	113,4	383,6
Lazio	230,0	75,6	69,0	41,2	128,0	543,8
Abruzzo	233,3	85,5	48,4	31,1	151,2	549,5
Molise	287,9	97,8	20,1	30,5	122,5	558,7
Campania	162,4	93,7	26,1	25,7	91,6	399,5
Puglia	265,3	99,9	39,2	31,2	127,1	562,8
Basilicata	227,0	65,2	36,4	21,4	92,5	442,5
Calabria	232,5	61,8	29,6	23,8	98,1	445,9
Sicilia	242,5	125,0	39,6	28,7	131,6	567,5
Sardegna	212,5	62,9	26,4	25,0	98,7	425,6
Italia	200,4	78,0	38,6	25,5	108,3	450,9

Grafico 1 - Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti nel primo anno di vita per regione e principali cause di ricovero - Anno 2002



Nella fascia di età pediatrica, 1-14 anni, i tassi di ospedalizzazione risultano decisamente meno alti di quelli corrispondenti al primo anno di vita. Con l'esclusione delle cause che riguardano i fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari, il tasso complessivo risulta a livello nazionale inferiore al 75 per 1.000 abitanti. A livello geografico, analogamente a quanto avviene nella fascia di età relativa al primo anno di vita, il tasso più elevato si riscontra per i liguri. I tassi più bassi sono relativi ai residenti del Friuli-V.G. e della Basilicata.

Le prime 4 grandi cause coprono il 62% di tutti i ricoveri della fascia di età pediatrica. Le malattie dell'apparato respiratorio sono responsabili di un quarto di tutti i ricoveri, seguono i traumatismi e gli avvelenamenti (10,9%), le malattie dell'apparato digerente e i sintomi, segni e stati morbosi mal definiti. I tassi più bassi, per tutte le malattie indicate, sono riscontrabili nella regione Friuli Venezia Giulia a conferma del limitato ricorso all'ospedalizzazione che si rileva in assoluto anche nelle altre fasce di età. Invece i tassi più elevati, per le cause sopraindicate, risultano nei residenti della regione Abruzzo e della regione Sicilia, anche in questo caso a conferma dell'elevata ospedalizzazione che caratterizza gli appartenenti a tali regioni. Risulta degno di nota il valore assunto dal tasso di ospedalizzazione della regione Campania (17%) e della P. A. di Bolzano (17,35) per i traumatismi e gli avvelenamenti.

Nella fascia di età 15-44 anni le persone di sesso femminile ricorrono all'ospedalizzazione in misura quasi doppia rispetto alle persone di sesso maschile. I corrispondenti tassi sono pari al 130 per 1.000 e al 74 per 1.000. Per entrambi i sessi i residenti delle regioni Meridionali, con l'eccezione della Basilicata, registrano i tassi più elevati. I valori più bassi, analogamente a quanto avviene nell'ospedalizzazione complessiva, sono propri dei piemontesi e dei friulani.

Le cause principali sono, per il sesso femminile, le complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio, le malattie del sistema genitourinario, le malattie dell'apparato digerente e i traumatismi ed avvelenamenti. Le 4 grandi cause coprono quasi il 70% di tutti i ricoveri; le complicanze della gravidanza e del parto costituiscono comunque quasi la metà di tutti i ricoveri delle donne in età riproduttiva.

Nel sesso maschile sono i traumatismi e gli avvelenamenti le cause principali di ricovero, seguite dalle malattie dell'apparato digerente, le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo e le malattie del sistema circolatorio.

I traumatismi e gli avvelenamenti sono presenti nelle donne in 6,5 ricoveri ogni 1.000 mentre rappresentano la causa principale negli uomini per 18 ricoveri su 1.000.

La variabilità regionale per causa risulta contenuta in questa fascia di età, soprattutto per quanto attiene le complicanze della gravidanza e del parto. Maggiori differenze possono essere rinvenute nelle malattie dell'apparato digerente del sesso maschile, dove risulta evidente un gradiente Nord-Sud con valori più elevati nelle regioni Abruzzo e Puglia.

Tabella 2 - Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti - età 1-14 anni - per regione e principali cause di ricovero - Anno 2002

Regione	Malattie dell'apparato respiratorio	Traumatismi e avvelenamenti	Malattie dell'apparato digerente	Sintomi segni e stati morbosi mal definiti	Altre cause	Tutte le cause
	ICD-9-CM 460-519	ICD-9-CM 800-999	ICD-9-CM 520-579	ICD-9-CM 780-799		
Piemonte	19,5	6,5	6,5	5,8	19,8	58,0
Valle d'Aosta	14,4	10,1	13,7	7,5	79,6	125,3
Lombardia	20,2	9,5	7,3	8,0	29,2	74,1
Prov. Aut. Bolzano	24,0	17,3	9,9	6,8	28,0	85,9
Prov. Aut. Trento	12,3	10,8	6,9	6,1	37,6	73,8
Veneto	11,1	7,8	6,6	6,2	26,1	57,9
Friuli-Venezia Giulia	9,3	5,2	4,9	2,2	19,3	40,9
Liguria	21,3	12,8	10,6	10,6	58,2	113,5
Emilia-Romagna	16,0	8,8	7,2	7,0	32,5	71,5
Toscana	12,1	8,5	6,1	6,3	29,5	62,4
Umbria	15,7	12,6	7,8	7,5	22,6	66,2
Marche	20,5	8,9	7,5	8,3	26,8	71,9
Lazio	19,4	9,0	8,7	10,2	34,0	81,3
Abruzzo	26,1	13,8	12,2	12,1	29,9	94,1
Molise	21,4	11,6	10,5	12,0	31,7	87,1
Campania	16,2	17,0	8,6	7,9	21,6	71,3
Puglia	19,5	11,1	10,3	10,0	31,2	82,1
Basilicata	10,7	8,4	6,4	8,3	16,1	50,0
Calabria	14,5	11,5	10,8	8,3	23,4	68,4
Sicilia	26,4	13,4	13,2	10,2	30,5	93,7
Sardegna	16,4	8,4	7,1	6,6	25,5	64,0
Italia	18,3	10,9	8,7	8,2	28,3	74,3

Nella fascia di età adulta, corrispondente all'età 45-64 anni, i tassi di ospedalizzazione cominciano a crescere e raggiungono i valori del 140 per 1.000. Le principali cause diventano le malattie del sistema circolatorio, che rappresentano il 26,2% di tutte le diagnosi di ricovero, le malattie dell'apparato digerente (18,3%), i tumori (18,2%) e le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (13,4%).

Le maggiori variabilità regionali sono ascrivibili proprio a quest'ultima causa dove si passa da un tasso del 9,1 per 1.000 della Basilicata al 24,9 per 1.000 dell'Abruzzo.

Lo stesso gradiente Nord-Sud, messo in rilievo nella classe di età precedente, nel sesso maschile, per le malattie dell'apparato digerente, è ancora registrabile negli appartenenti alle fasce di età centrali. Infatti tutte le regioni Meridionali risultano con valori più elevati. I residenti delle regioni Lombardia e Lazio presentano i maggiori tassi di ospedalizzazione per tumore.

Nelle classi di età anziane i tassi di ospedalizzazione sono più elevati e in particolare quelli degli ultrasessantacinquenni sono superiori al 430 per 1.000. Le cause di ricovero sono sostanzialmente le stesse e coprono il 60% circa di tutte le motivazioni di ricovero. Esse sono le malattie del sistema circolatorio, i tumori e le malattie dell'apparato digerente. Il quarto gruppo di cause sono le malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi negli appartenenti alla fascia di età 65-74 anni e le malattie dell'apparato respiratorio negli ultrasessantacinquenni.

Tabella 3 - Tasso di ospedalizzazione nelle femmine per 1.000 residenti - età 15-44 anni - per regione e principali cause di ricovero - Anno 2002

Regione	Complicanze gravidanza parto e puerperio	Malattie del sistema genitourinario	Malattie dell'apparato digerente	Traumatismi e avvelenamenti	Altre cause	Tutte le cause
	ICD-9-CM 630-677	ICD-9-CM 580-629	ICD-9-CM 520-579	ICD-9-CM 800-999		
Piemonte	56,9	8,1	6,8	3,9	29,9	105,4
Valle d'Aosta	59,7	8,8	9,6	4,5	51,8	134,4
Lombardia	62,0	9,2	7,7	5,7	43,9	128,5
Prov. Aut. Bolzano	65,5	10,9	8,4	8,9	45,6	139,4
Prov. Aut. Trento	70,9	7,3	8,2	5,1	33,7	125,2
Veneto	60,9	9,2	6,5	4,5	34,8	116,0
Friuli-Venezia Giulia	56,1	8,2	6,0	4,3	34,2	108,9
Liguria	55,5	8,6	9,7	7,4	40,0	121,1
Emilia-Romagna	62,8	11,4	7,3	6,5	37,6	125,6
Toscana	60,7	8,6	6,9	6,3	37,3	119,8
Umbria	62,6	9,7	8,2	8,6	36,0	125,1
Marche	64,0	10,0	8,1	5,6	35,0	122,7
Lazio	65,4	12,7	9,7	7,0	46,2	140,9
Abruzzo	64,7	14,3	13,0	9,4	61,4	162,8
Molise	67,9	13,9	9,9	6,2	54,1	152,1
Campania	68,6	12,0	9,2	9,4	35,8	135,0
Puglia	79,5	16,3	10,9	7,3	43,2	157,1
Basilicata	58,9	7,8	7,6	5,0	28,5	107,7
Calabria	65,6	12,9	11,7	6,5	38,9	135,7
Sicilia	67,9	11,3	11,6	7,5	39,9	138,1
Sardegna	54,1	12,0	10,0	5,8	39,3	121,2
Italia	64,2	10,9	8,8	6,5	39,6	130,1

Grafico 2 - Tasso di ospedalizzazione nelle femmine per 1.000 residenti - età 15-44 anni - per regione e principali cause di ricovero - Anno 2002

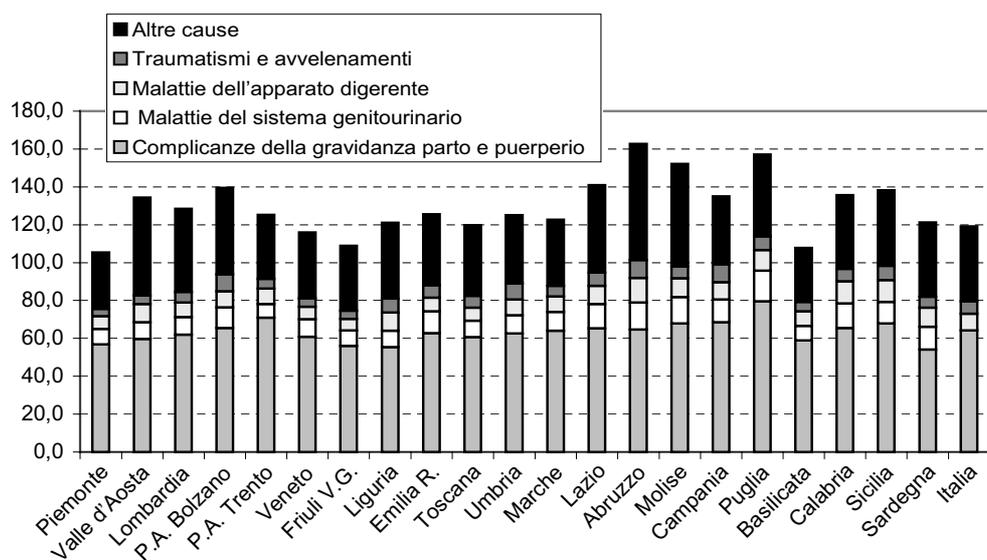


Tabella 4 - Tasso di ospedalizzazione nei maschi per 1.000 residenti - età 15-44 anni - per regione, fascia di età e principali cause di ricovero - Anno 2002

Regione	Traumatismi e avvelenamenti	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Malattie del sistema circolatorio	Altre cause	Tutte le cause
	ICD-9-CM 800-999	ICD-9-CM 520-579	ICD-9-CM 710-739	ICD-9-CM 390-459		
Piemonte	10,7	6,4	6,1	3,6	23,6	50,3
Valle d'Aosta	14,1	8,8	3,4	3,8	38,9	69,0
Lombardia	16,7	8,9	12,5	6,9	33,9	79,1
Prov. Aut. Bolzano	25,2	8,7	10,4	5,4	35,8	85,5
Prov. Aut. Trento	15,3	7,3	4,1	5,3	25,3	57,3
Veneto	13,6	6,9	8,5	4,1	26,6	59,6
Friuli Venezia Giulia	12,9	7,3	7,9	3,9	22,4	54,4
Liguria	18,8	9,1	6,0	4,4	36,8	75,1
Emilia-Romagna	16,9	8,0	9,9	4,6	29,8	69,2
Toscana	15,9	7,6	6,5	4,3	30,1	64,4
Umbria	24,3	8,6	10,3	3,8	27,9	74,9
Marche	14,1	9,2	6,1	5,7	29,7	64,9
Lazio	17,8	10,4	8,3	6,1	37,0	79,6
Abruzzo	25,1	13,8	14,1	7,2	48,8	109,0
Molise	17,7	13,2	13,7	5,3	46,6	96,6
Campania	24,8	10,6	6,6	7,1	32,9	81,9
Puglia	21,1	13,7	7,8	6,5	38,1	87,3
Basilicata	14,8	9,7	4,7	4,8	26,1	60,1
Calabria	19,1	12,0	6,5	6,1	34,0	77,7
Sicilia	20,4	12,2	5,9	6,2	37,2	81,9
Sardegna	17,3	11,0	6,4	4,9	34,3	73,9
Italia	17,9	9,6	8,3	5,7	32,8	74,3

Grafico 2 - Tasso di ospedalizzazione nei maschi per 1.000 residenti - età 15-44 anni - per regione e principali cause di ricovero - Anno 2002

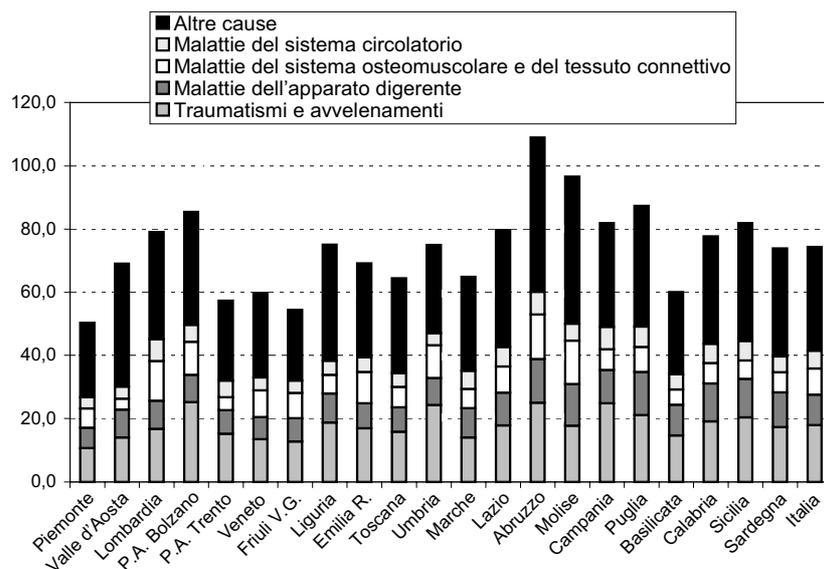


Tabella 5 - Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti età 45-64 anni - per regione e principali cause di ricovero - Anno 2002

Regione	Malattie del sistema circolatorio	Malattie dell'apparato digerente	Tumori	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Altre cause	Tutte le cause
	ICD-9-CM 390-459	ICD-9-CM 520-579	ICD-9-CM 140-239	ICD-9-CM 710-739		
Piemonte	19,4	12,4	14,5	9,7	41,8	97,8
Valle d'Aosta	19,4	18,4	14,6	5,0	81,8	139,3
Lombardia	30,5	17,2	21,5	18,4	57,5	145,1
Prov. Aut. Bolzano	27,7	18,6	18,4	19,8	82,2	166,6
Prov. Aut. Trento	26,7	15,0	14,0	9,1	58,1	123,0
Veneto	20,9	14,2	18,8	15,3	51,1	120,2
Friuli Venezia Giulia	19,5	14,9	20,0	13,4	43,5	111,3
Liguria	22,1	16,0	16,4	10,1	55,7	120,3
Emilia-Romagna	22,6	15,8	19,2	13,6	50,2	121,4
Toscana	23,0	14,2	17,0	10,5	48,4	113,2
Umbria	22,8	15,7	16,6	13,0	54,0	122,1
Marche	25,1	17,8	15,5	9,7	53,1	121,2
Lazio	25,9	19,0	21,5	13,5	64,9	144,8
Abruzzo	35,8	25,7	18,6	24,9	92,7	197,8
Molise	30,6	24,4	14,2	20,0	101,7	190,9
Campania	32,1	22,4	15,2	9,2	72,9	151,9
Puglia	28,6	25,5	18,9	15,7	81,6	170,3
Basilicata	25,4	19,9	12,7	9,1	58,3	125,5
Calabria	30,4	23,7	11,5	12,4	81,0	159,1
Sicilia	28,9	22,5	18,0	10,4	75,8	155,7
Sardegna	21,9	21,5	17,9	11,8	72,8	145,9
Italia	26,2	18,3	18,2	13,4	61,5	137,6

Grafico 4 - Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti età 45-64 anni - per regione e principali cause di ricovero - Anno 2002

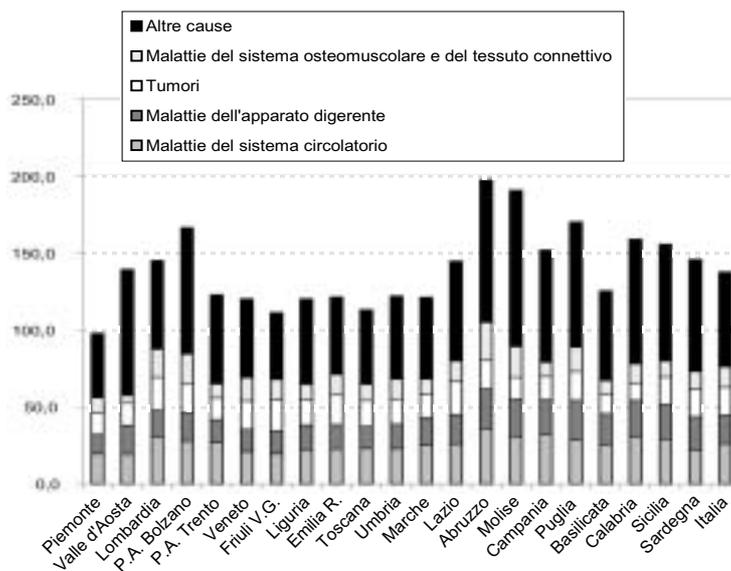
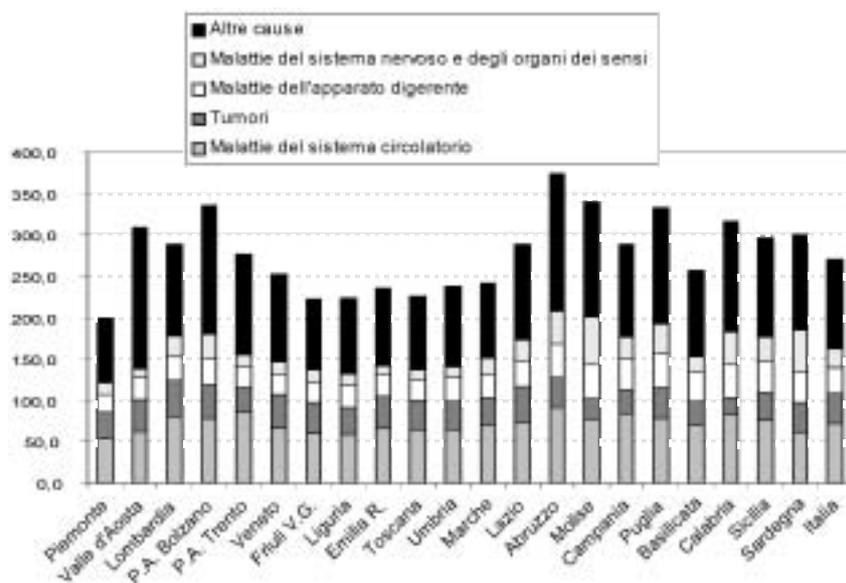


Tabella 6 - Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti - età 65-74 anni - per regione e principali cause di ricovero - Anno 2002

Regione	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie dell'apparato digerente	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Altre cause	Tutte le cause
	ICD-9-CM 390-459	ICD-9-CM 140-239	ICD-9-CM 520-579	ICD-9-CM 320-389		
Piemonte	54,1	30,6	21,6	14,4	78,2	199,0
Valle d'Aosta	62,1	38,3	27,2	10,7	170,0	308,4
Lombardia	80,6	42,5	29,7	24,8	110,5	288,1
Prov. Aut. Bolzano	78,5	40,2	32,0	29,6	154,5	334,8
Prov. Aut. Trento	84,7	30,6	25,0	15,0	120,7	276,2
Veneto	66,1	40,6	25,3	14,8	105,4	252,2
Friuli Venezia Giulia	60,1	37,8	23,7	15,8	85,3	222,6
Liguria	58,4	33,0	25,9	14,9	91,2	223,4
Emilia-Romagna	66,5	38,5	26,9	10,4	92,6	235,0
Toscana	64,9	34,8	24,7	12,7	89,1	226,2
Umbria	65,4	33,0	28,4	14,0	97,2	238,1
Marche	70,5	33,1	29,0	18,5	90,1	241,2
Lazio	73,7	42,8	31,4	25,6	114,3	287,8
Abruzzo	91,6	35,6	41,1	39,2	165,9	373,4
Molise	76,6	26,0	40,1	58,4	138,5	339,7
Campania	83,5	29,7	37,0	26,3	111,3	287,9
Puglia	77,7	37,5	41,1	35,7	141,1	333,0
Basilicata	70,3	28,8	35,4	17,7	105,2	257,4
Calabria	82,4	21,5	39,3	39,5	133,0	315,7
Sicilia	75,5	34,1	36,6	30,0	120,6	296,8
Sardegna	61,4	35,9	36,8	50,6	115,4	300,2
Italia	72,0	36,3	30,7	23,1	108,3	270,3

Grafico 5 - Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti - età 65-74 anni - per regione e principali cause di ricovero - Anno 2002

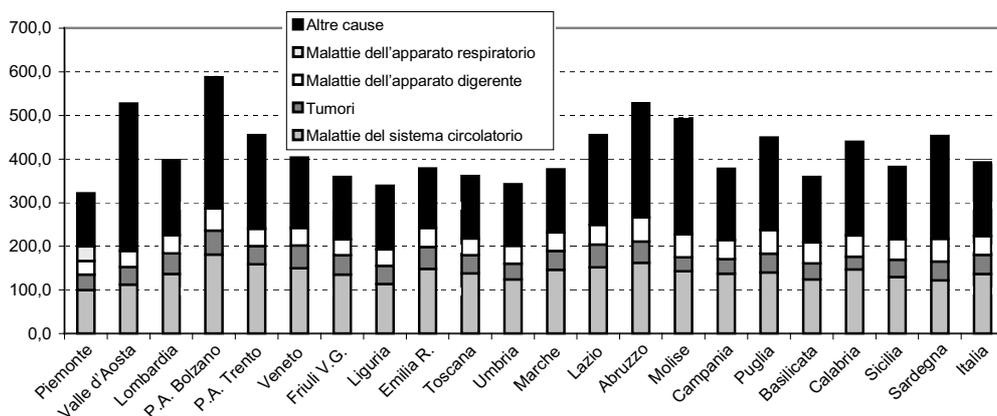


Mentre nella fascia di età più estrema c'è una minore variabilità complessiva e, comunque, non è riscontrabile alcun particolare gradiente Nord-Sud. Lo stesso non può dirsi per gli anziani di 65-74 anni per i quali l'ospedalizzazione è più frequente per i residenti nelle regioni Meridionali.

Tabella 7 - Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti - età 75 anni e più - per regione e principali cause di ricovero - Anno 2002

Regione	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie dell'apparato digerente	Malattie dell'apparato respiratorio	Altre cause	Tutte le cause
	ICD-9-CM 390-459	ICD-9-CM 140-239	ICD-9-CM 520	ICD-9-CM 460-519		
Piemonte	99,2	35,6	31,4	33,2	121,9	321,3
Valle d'Aosta	111,7	40,5	37,0	30,8	337,7	557,8
Lombardia	136,0	48,0	41,4	42,9	171,2	439,6
Prov. Aut. Bolzano	180,6	54,7	50,9	54,3	301,0	641,5
Prov. Aut. Trento	158,9	41,3	39,9	42,4	214,8	497,2
Veneto	149,7	51,5	40,8	48,5	161,6	452,1
Friuli-Venezia Giulia	134,4	45,2	36,2	41,4	142,7	399,9
Liguria	113,2	42,3	37,3	31,9	145,7	370,4
Emilia-Romagna	148,0	50,5	43,4	44,5	135,9	422,4
Toscana	137,5	42,2	38,2	35,8	143,1	396,8
Umbria	124,2	35,9	40,3	32,4	141,3	374,1
Marche	146,0	43,7	42,0	40,0	144,2	415,8
Lazio	151,4	52,0	45,8	40,5	205,5	495,2
Abruzzo	162,6	48,2	55,9	47,8	260,7	575,3
Molise	142,4	32,4	52,7	41,1	265,4	534,0
Campania	136,8	33,5	44,2	37,1	163,1	414,7
Puglia	139,5	43,7	53,5	54,5	212,4	503,6
Basilicata	124,3	36,8	47,5	38,2	150,6	397,3
Calabria	147,0	28,6	49,4	42,2	214,4	481,6
Sicilia	129,6	39,2	47,2	38,5	165,7	420,3
Sardegna	122,2	42,4	52,7	44,0	235,0	496,3
Italia	136,4	43,8	42,9	41,2	168,9	433,2

Grafico 6 - Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti - età 75 anni e più - per regione e principali cause di ricovero - Anno 2002



Le fonti dei dati sono costituite dalle schede di dimissione ospedaliera del Ministero della Salute dell'anno 2002 e dalla popolazione residente Istat al 1/01/2002.

Efficienza e complessità della casistica

Significato. La degenza media è un indicatore sintetico della durata media della degenza dei ricoveri ospedalieri mentre l'indice di case mix è una misura della complessità della casistica trattata dagli ospedali di una regione in rapporto alla complessità media di tutti gli ospedali italiani.

Valori dell'indice di case mix superiori ad uno indicano una complessità della casistica superiore alla media dello standard di riferimento. L'espressione congiunta, su un diagramma cartesiano, di indice di case mix e degenza media, consente di evidenziare graficamente la collocazione sintetica delle performance ospedaliere regionali.

Numeratore	Giornate di degenza erogate nella regione
Denominatore	Numero di dimissioni nella regione
Numeratore	Peso medio dei ricoveri della regione
Denominatore	Peso medio di riferimento nazionale

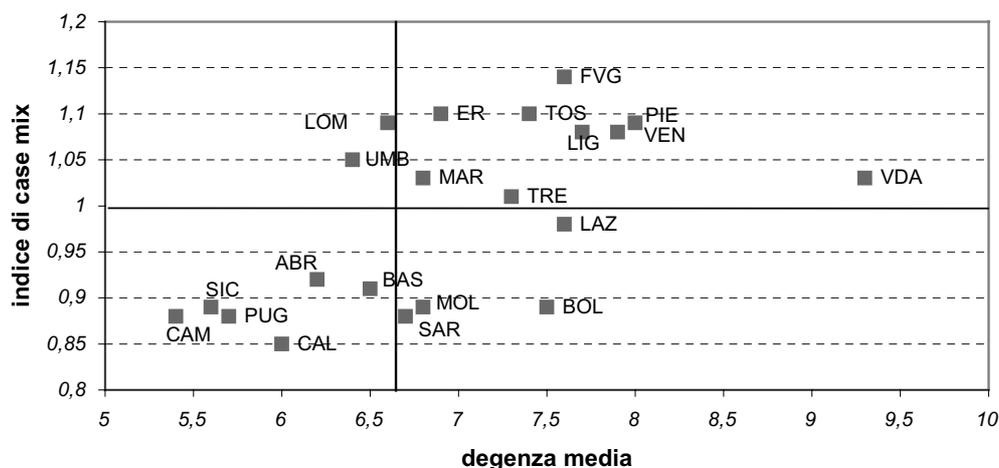
Validità e limiti. Dal computo sono esclusi i neonati sani, identificabili dal DRG 391, e sono comprese solo le discipline per acuti ed il regime di erogazione ordinario. Sono considerati tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati, presenti sul territorio nazionale.

Il peso medio dei ricoveri è calcolato in base ai pesi relativi di ogni DRG (10° versione) riportati nel DM 30/06/1997.

Nella valutazione della complessità della casistica occorre considerare la disomogeneità nella codifica delle diagnosi alla dimissione e quindi la conseguente attribuzione del DRG.

Benchmark. Il riferimento riportato nel grafico è costituito dall'indice di case mix, registrato a livello nazionale (valore pari ad 1), e dal valore italiano della degenza media (6,7 giorni).

Grafico 1 - *Indice di case mix e degenza media nelle regioni italiane - discipline per acuti - Anno 2002*



La fonte dei dati è costituita dalle schede di dimissione ospedaliera del Ministero della Salute dell'anno 2002.

Descrizione dei Risultati

L'evidenziazione dei quattro quadranti consente l'identificazione di quattro realtà presenti nel nostro paese:

- regioni con una ridotta durata della degenza e scarsa complessità della casistica;
- regioni con degenza media elevata e contemporaneamente un'elevata complessità della casistica;
- regioni con degenza media contenuta, inferiore al valore nazionale, ma elevata complessità della casistica;
- regioni con degenza media elevata non giustificata da casistica complessa.

Dall'analisi dei quadranti emerge subito la differente collocazione delle regioni Meridionali che si caratterizzano per una casistica non complessa e durata della degenza ridotta e quasi tutte le regioni Settentrionali che al contrario presentano durate della degenza più elevate e casistica più complessa.

In particolare il case mix più elevato si presenta in Friuli-V.G., Emilia-Romagna e Toscana mentre i valori più bassi sono propri della Calabria, della Campania, della Puglia e della Sardegna.

In termini di performance si evidenziano la regione Umbria e la regione Lombardia che accompagnano una durata della degenza ridotta a fronte di casistica complessa.

Raccomandazioni di Osservasalute

La durata della degenza media registra in Italia da diversi anni una progressiva ma lenta diminuzione. L'effetto delle modalità di pagamento a prestazione dei ricoveri ospedalieri introdotta nello scorso decennio ha inciso in misura determinante sulla contrazione della durata delle degenze. Margini di ulteriore diminuzione potranno ottenersi con un potenziamento di forme alternative e più appropriate di assistenza sanitaria, quali le strutture territoriali residenziali, e con opportuni provvedimenti amministrativo-organizzativi miranti alla riduzione dei tempi di degenza preoperatoria.

Utilizzo della Day Surgery per i DRG chirurgici ad elevato rischio di inapproprietezza

Significato. L'innovazione in campo tecnologico e farmacologico ed il progressivo sviluppo della chirurgia mininvasiva, caratterizzata da ridotta incidenza di complicanze e maggior comfort per il paziente, ha modificato l'approccio al paziente chirurgico, consentendo di effettuare in regime di Day Surgery, con pari efficacia e sicurezza, un numero sempre più elevato di procedure chirurgiche. Sulla base di tali principi sono stati individuati, all'interno del DPCM 29 Novembre 2001, istitutivo dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), 17 Diagnosis Related Group (DRG) considerati «potenzialmente inappropriati se effettuati in regime di ricovero ordinario».

La diversificazione dell'offerta chirurgica, con una maggiore utilizzazione della Day Surgery e del regime ambulatoriale, migliora la soddisfazione del paziente e favorisce il ricorso a procedure meno invasive. Inoltre, l'utilizzo delle nuove tecnologie garantisce risultati clinici sovrapponibili a quelli ottenuti in ricovero ordinario, riduce le giornate di degenza e conseguentemente migliora l'uso delle risorse.

Numeratore	Numero dimissioni con DRG chirurgico in regime di Day Hospital	x 100
Denominatore	Numero dimissioni con DRG chirurgico in regime di Day Hospital e regime ordinario	

Validità e limiti. L'indicatore non consente di effettuare un reale benchmark tra le regioni poiché, alcune di esse, sulla scorta di quanto contenuto nell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 01/08/2002, includono nella Day Surgery la possibilità di effettuare il pernottamento (one Day Surgery), mentre altre considerano Day Surgery solo il ricovero che si conclude nella stessa giornata e codificano i casi in cui è richiesto il pernottamento come ricoveri di un giorno. Per ovviare a tale limite, nella tabella, è stata presa in considerazione anche la quota dei ricoveri di un giorno. Il progressivo trasferimento in regime ambulatoriale sollecitato dalle regioni sulla base delle indicazioni fornite dalle Società Scientifiche, per alcuni interventi quali il DRG 6 (decompressione del tunnel carpale) e 39 (interventi sul cristallino con o senza vitrectomia), potrebbe in futuro modificare le modalità di calcolo dell'indicatore, con la necessità di colmare il debito informativo, oggi esistente, per il regime ambulatoriale.

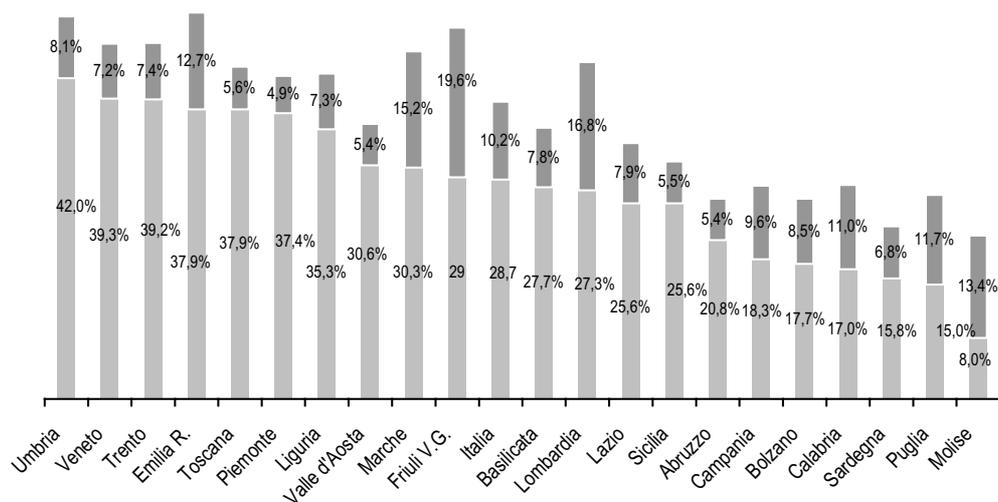
Valori di riferimento. La media delle cinque regioni con più elevata percentuale di interventi effettuati in Day Surgery (39,6% su tutti i ricoveri; 68,4% su i ricoveri potenzialmente inappropriati).

Tabella 1 - Percentuale di Day Surgery su tutti i ricoveri e sui ricoveri a rischio di inappropriata - Anno 2002

Regione	Percentuale di Day Surgery su tutti i ricoveri	Percentuale di Day Surgery sui ricoveri a rischio di inappropriata
Piemonte	37,4	60,2
Valle d'Aosta	30,6	62,6
Lombardia	27,3	44,4
Prov. Aut. Bolzano	17,7	28,2
Prov. Aut. Trento	39,2	66,0
Veneto	39,3	68,1
Friuli V.G.	29,0	45,9
Liguria	35,3	62,3
Emilia Romagna	37,9	69,1
Toscana	37,9	64,0
Umbria	42,0	70,2
Marche	30,3	52,5
Lazio	25,6	43,1
Abruzzo	20,8	29,8
Molise	8,0	12,4
Campania	18,3	26,5
Puglia	15,0	22,5
Basilicata	27,7	45,7
Calabria	17,0	23,0
Sicilia	25,6	37,3
Sardegna	15,8	19,6
Italia	28,7	60,2

Fonte dei dati e anno di riferimento: Banca dati SDO-Ministero della Salute. Anno 2002.

Grafico 1 - Percentuale interventi in Day Surgery (grigio chiaro) ed in ricovero ordinario di un giorno (grigio scuro) - Anno 2002



Descrizione dei Risultati

Il trend dei ricoveri effettuati in Day Surgery evidenzia un andamento particolarmente dinamico: la percentuale degli interventi effettuati in Day Surgery era del 14,7% nel 1998, del 20,7% nel 2000, del 24,2% nel 2001 e del 28,7% nel 2002. A fronte di un incremento dei ricoveri in Day Hospital del 9% tra il 2001 ed il 2002, l'incremento del Day Surgery è stato del 19% e se vengono presi in considerazione solo i DRG chirurgici ricompresi nell'allegato 2c dei Livelli Essenziali di Assistenza, l'incremento raggiunge il 25%.

Rimane una notevole variabilità in ambito regionale (grafico 1): 10 regioni (Umbria, Veneto, P. A. Trento, Emilia-Romagna, Toscana, Piemonte, Liguria, Valle d'Aosta, Marche e Friuli-Venezia Giulia) si pongono sopra la media nazionale (28,7%). Se si considera anche la quota di interventi effettuati con un ricovero inferiore alle 24 ore, la media nazionale sale al 39,2% e si registrano due sole variazioni: la Lombardia, con il 44,1% degli interventi effettuati con una durata inferiore alle 24 ore, si pone sopra la media nazionale mentre la Valle d'Aosta, con il 36%, scende al di sotto.

Le differenze sono espressione sia di differenti politiche sanitarie regionali che di una diversa adesione dei professionisti alle raccomandazioni formulate dalle Società Scientifiche. La relazione tra la percentuale di Day Surgery sul totale dei ricoveri chirurgici con la percentuale calcolata soltanto sui ricoveri a rischio di inappropriata evidenza che le regioni con maggiore incidenza di Day Surgery sono quelle che hanno raggiunto una maggior appropriatezza dei regimi assistenziali.

L'individuazione a livello regionale di una percentuale di ammissibilità per i DRG chirurgici a rischio di inappropriata dovrebbe tener conto della reale trasferibilità di una determinata procedura chirurgica. A tale scopo è stato riportato lo studio, condotto dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR), che ha rilevato il grado di inappropriata mediante disease staging dimostrando che per quanto riguarda il DRG 119 la percentuale di interventi inappropriati effettuati in ricovero ordinario è del 71,1% e che l'indice di trasferimento atteso è dell'80%, mentre per il DRG 162 è dell'87%.

Se si analizza la percentuale degli interventi effettuati in Day Surgery, insieme al saldo migratorio per i DRG che trovano nella Day Surgery il setting assistenziale più appropriato, si nota un elemento interessante. Esaminando i due DRG più frequentemente trattati nelle unità operative di Chirurgia Generale si osserva che le regioni che non hanno sviluppato la Day Surgery (Calabria, Basilicata, Molise e P. A. Bolzano) presentano un'importante emigrazione per il DRG 119 (grafico 2) e per il DRG 162 (grafico 3), a testimonianza che i pazienti accettano favorevolmente la possibilità di effettuare un intervento chirurgico in Day Surgery, anche se questo comporta la necessità di rivolgersi fuori regione.

Raccomandazioni di Osservasalute

Per raggiungere un'elevata percentuale di interventi in Day Surgery, espressione del ricorso al regime assistenziale più appropriato, le regioni devono definire soglie di ammissibilità, sulla base del dato storico dell'indice di copertura e della reale trasferibilità dei singoli DRG, valutata mediante APR DRG e/o disease staging.

È importante adottare atti coerenti, in termini di normativa regionale, con i contenuti dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 01/08/2002 e sviluppare politiche tariffarie capaci di incentivare il trasferimento in Day Surgery o in regime ambulatoriale.

Poiché l'indicatore rileva le dimissioni codificate come Day Surgery, ma non l'attivazione di un percorso diagnostico terapeutico alternativo al ricovero ordinario con la presa in carico del paziente al momento della prima visita fino a completa guarigione, le regioni devono includere tra i requisiti per l'accreditamento regionale le garanzie del percorso assistenziale.

Grafico 2 - Percentuale di Day Surgery per il DRG 119 (Interventi di legatura e stripping di vene) sul totale dei ricoveri e percentuale del saldo migratorio - Anno 2002

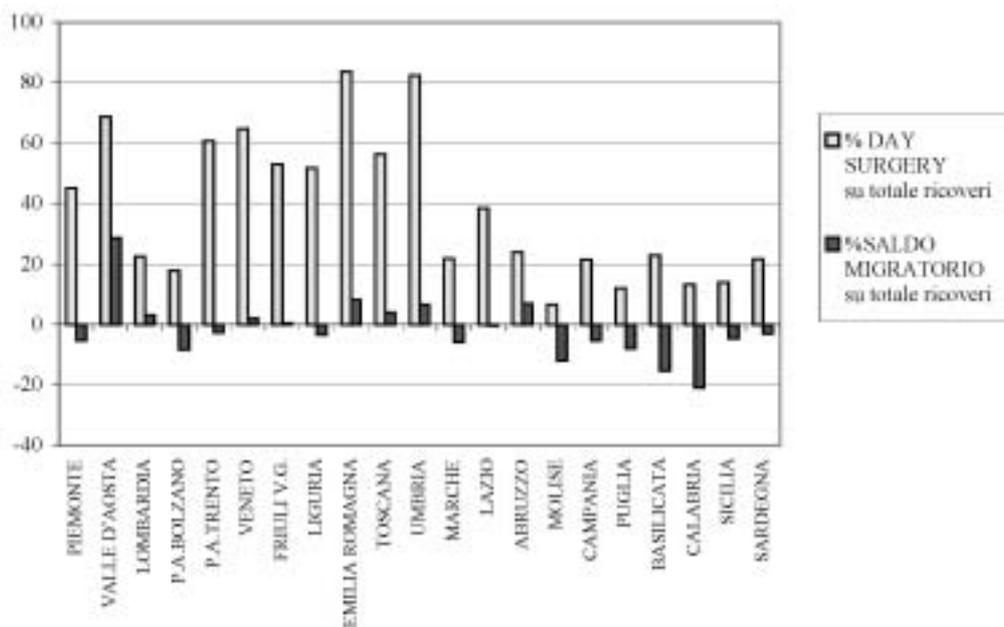
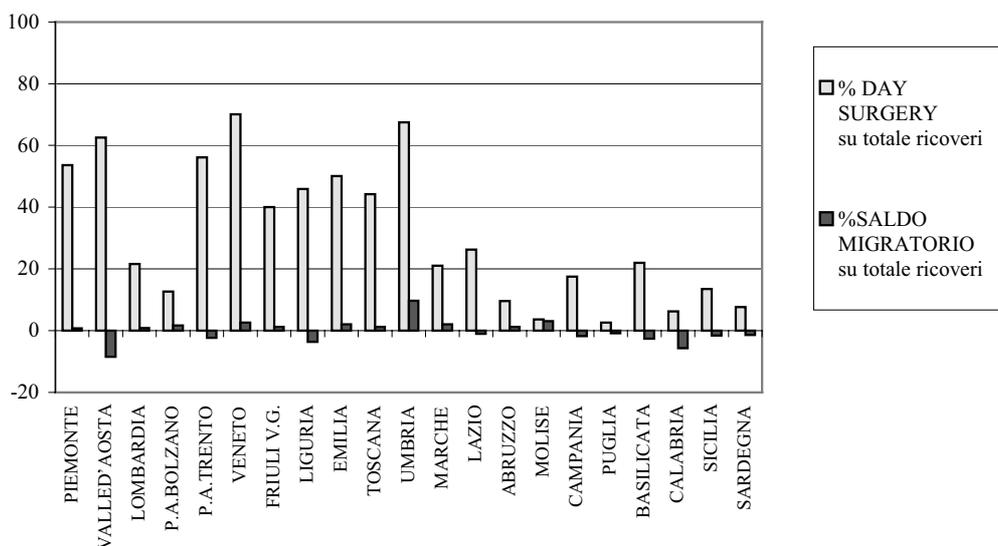


Grafico 3 - Percentuale di Day Surgery per il DRG 162 (Interventi per ernia inguinale e femorale età > 17 senza cc.) sul totale dei ricoveri e percentuale del saldo migratorio - Anno 2002



Utilizzo del Day Hospital per i DRG medici ad elevato rischio di inapproprietezza

Significato. L'indicatore verifica l'entità di utilizzo del Day Hospital rispetto al ricovero ordinario e permette di valutare il grado di appropriatezza organizzativa raggiunto dalle regioni in seguito alle indicazioni contenute nel DPCM 29/11/2001, il quale ha definito le prestazioni «potenzialmente inappropriate se effettuate in regime di ricovero ordinario». L'applicazione dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni impone alle regioni di individuare per ogni singolo DRG un valore percentuale/soglia di ammissibilità e di monitorare il grado di trasferimento dal regime ordinario al Day Hospital. La percentuale di ricovero in Day Hospital, analizzata isolatamente, non è espressione di appropriatezza poiché è influenzata da due variabili molto importanti: il tasso di ospedalizzazione specifico per DRG e la stima delle prestazioni effettuate in regime ambulatoriale. La relazione della percentuale di Day Hospital con il tasso di dimissione standardizzato per singolo DRG fornisce indicazioni rispetto al ricorso ai servizi ambulatoriali in alternativa al ricovero e può essere considerato come *proxy* della qualità assistenziale e misura indiretta dell'accessibilità ai servizi territoriali alternativi.

Percentuale Ricoveri in Day Hospital per DRG medici

Numeratore	Numero dimissioni in Day Hospital	
Denominatore	Numero totale dimissioni (in modalità ordinaria+Day Hospital)	x 100

Tasso di dimissione per i DRG medici

Numeratore	Numero dimissioni per DRG (in modalità ordinaria+Day Hospital)	
Denominatore	Popolazione media residente	x 100

Validità e limiti. La percentuale del ricovero in Day Hospital è un parametro utilizzato per valutare l'appropriatezza del setting assistenziale; il tasso di ricovero misura la frequenza con la quale i professionisti pongono l'indicazione al ricovero. Un'alta percentuale di trasferimento in Day Hospital in presenza di un alto tasso di ricovero indica un eccessivo utilizzo del ricovero ospedaliero con un potenziale sovra utilizzo del regime diurno e insufficiente ricorso ai servizi ambulatoriali. Il vuoto informativo relativo all'attività ambulatoriale costituisce un limite alla valutazione di appropriatezza.

Benchmark. Il valore medio per entrambi i parametri. Si ipotizza un valore di riferimento caratterizzato da un basso tasso di dimissione con un'elevata percentuale di Day Hospital.

Descrizione dei Risultati

Le soglie di ammissibilità in ricovero ordinario stabilite dalle singole regioni (in attuazione dal DPCM) sono state individuate con criteri e modalità diverse e non consentono il confronto.

I primi 10 DRG medici ad elevato rischio di inapproprietezza rappresentano complessivamente il 68,8% dei ricoveri ad elevato rischio di inapproprietezza. È stato escluso dalla descrizione il DRG 467 (altri fattori che influenzano lo stato di salute) poiché ritenuto aspecifico.

I primi 10 DRG medici ad elevato rischio di inappropriatazza

DRG	Descrizione
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattia apparato digerente età > ai 17 anni
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute
243	Affezioni mediche del dorso
134	Ipertensione
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattia apparato digerente età < ai 17 anni
301	Malattie endocrine senza cc.
294	Diabete, età > 35 anni
395	Anomalie dei globuli rossi
284	Malattie minori della pelle senza cc.
324	Calcolosi urinaria senza cc.

DRG 183 esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie apparato digerente età >17 anni: la percentuale media nazionale di trasferimento in Day Hospital è del 21,7%, mentre il tasso di dimissione standardizzato per 10.000 abitanti è del 29,76.

Cinque regioni (Sicilia, Liguria, Valle d'Aosta, Calabria, Lazio) presentano una percentuale di Day Hospital al di sopra del valore nazionale. Il confronto con i tassi di dimissione in queste regioni evidenzia che Sicilia, Calabria e Lazio presentano un tasso di dimissione superiore al valore nazionale; si segnala il dato della regione Sicilia dove un'alta percentuale di Day Hospital (36,3%) si associa ad un tasso di dimissione (56,5 per 10.000) notevolmente superiore al valore nazionale, suggerendo un ricorso eccessivo al ricovero in generale ed al Day Hospital in particolare.

La Valle d'Aosta è l'unica regione che associa una elevata percentuale di interventi in Day Hospital (34,5%) ad un basso tasso di dimissione (19,5 per 10.000).

Nelle regioni Piemonte, Lombardia, P. A. Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana e Marche ad una percentuale di trasferimento in Day Hospital inferiore alla media nazionale si associa un tasso di dimissione ugualmente inferiore al valore di riferimento; ciò fa supporre che le regioni hanno attivato servizi alternativi.

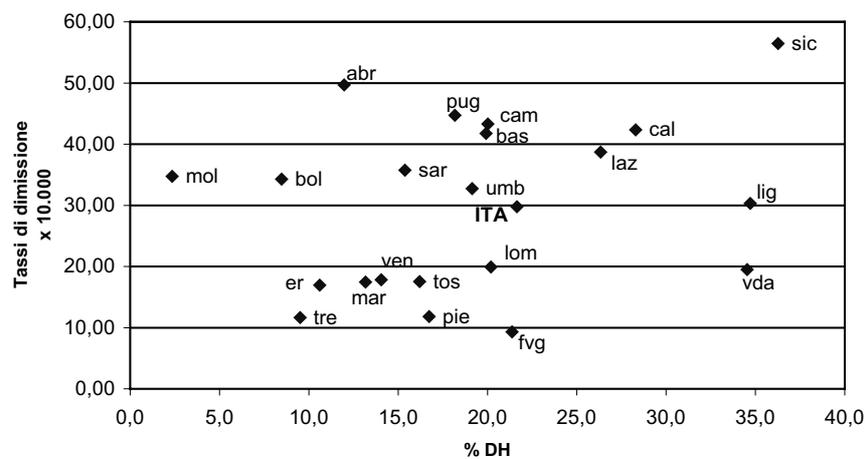
Nelle P. A. Bolzano e nelle regioni Liguria, Umbria, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata e Sardegna ad una percentuale di trasferimento in Day Hospital inferiore al dato nazionale sono associati tassi di dimissione superiori al valore di riferimento nazionale; si ipotizza che in questi ambiti territoriali lo sviluppo di servizi alternativi risulta ancora insufficiente.

Tabella 1 - Utilizzo del Day Hospital e tasso di dimissione standardizzato - DRG 183: esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie apparato digerente età >17 anni - Anno 2002

Regione	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Totale Ricoveri	Tasso di dimissione standardizzato * 10.000 abitanti	Percentuale di DH
Piemonte	5.109	1.027	6.136	11,80	16,7
Valle d'Aosta	163	86	249	19,49	34,5
Lombardia	16.749	4.237	20.986	19,91	20,2
Prov. Aut. Bolzano	1.674	155	1.829	34,28	8,5
Prov. Aut. Trento	647	68	715	11,65	9,5
Veneto	8.452	1.382	9.834	17,82	14,1
Friuli-Venezia Giulia	1.103	300	1.403	9,32	21,4
Liguria	3.596	1.912	5.508	30,32	34,7
Emilia-Romagna	8.100	961	9.061	16,95	10,6
Toscana	6.442	1.245	7.687	17,53	16,2
Umbria	2.466	584	3.050	32,73	19,1
Marche	2.888	438	3.326	17,43	13,2
Lazio	16.079	5.748	21.827	38,70	26,3
Abruzzo	6.993	951	7.944	49,70	12,0
Molise	1.495	36	1.531	34,72	2,4
Campania	21.330	5.340	26.670	43,30	20,0
Puglia	16.631	3.696	20.327	44,72	18,2
Basilicata	2.336	581	2.917	41,74	19,9
Calabria	8.923	3.520	12.443	42,34	28,3
Sicilia	17.702	10.070	27.772	56,45	36,3
Sardegna	6.319	1.148	7.467	35,76	15,4
Italia	157.362	43.485	200.847	29,76	21,7

Fonte dei dati: Banca dati Sdo - Ministero della Salute.

Grafico 1 - Utilizzo del Day Hospital e tasso di dimissione standardizzato - DRG 183: esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie apparato digerente età >17 anni - Anno 2002



DRG 243 affezioni mediche del dorso: la percentuale di interventi effettuati in Day Hospital a livello nazionale è del 16,2%, mentre il tasso di dimissione standardizzato è di 22,57 per 10.000 abitanti. Nove regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto, Liguria, Umbria, Lazio, Campania, Sicilia e Sardegna) presentano una percentuale di Day Hospital superiore al valore nazionale, con il Piemonte che raggiunge il 30,3%. Di queste ultime Piemonte, Val d'Aosta e Veneto associano ad un'elevata percentuale di Day Hospital un tasso di dimissione inferiore al valore nazionale, mentre le altre sei (Liguria, Umbria, Lazio, Campania, Sicilia e Sardegna) presentano un tasso superiore al valore di riferimento. Sei regioni (Lombardia, P. A. Trento, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana e Marche) pur presentando una percentuale di Day Hospital inferiore al valore di riferimento, hanno un tasso di dimissione basso a supposizione che abbiano attivato servizi alternativi. Nella Provincia Autonoma di Bolzano, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata e Calabria, la percentuale del Day Hospital è inferiore al valore nazionale ed è associato a tassi di dimissione superiori ai valori di riferimento.

Tabella 2 - *Utilizzo del Day Hospital e tasso di dimissione standardizzato - DRG 243: affezioni mediche del dorso - Anno 2002*

Regione	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Totale Ricoveri	Tasso di dimissione standardizzato * 10.000 abitanti	Percentuale di DH
Piemonte	4.124	1.789	5.913	13,95	30,26
Valle d'Aosta	158	46	204	17,21	22,55
Lombardia	13.080	1.703	14.783	15,74	11,52
Prov. Aut. Bolzano	1.749	220	1.969	42,19	11,17
Prov. Aut. Trento	762	23	785	17,01	2,93
Veneto	6.181	1.475	7.656	16,08	19,27
Friuli-Venezia Giulia	1.062	180	1.242	10,05	14,49
Liguria	3.138	1.072	4.210	22,77	25,46
Emilia-Romagna	5.719	900	6.619	13,98	13,60
Toscana	5.801	982	6.783	17,09	14,48
Umbria	1.776	520	2.296	29,04	22,65
Marche	2.363	135	2.498	16,46	5,40
Lazio	9.627	3.201	12.828	25,10	24,95
Abruzzo	5.968	530	6.498	48,25	8,16
Molise	1.207	49	1.256	33,43	3,90
Campania	8.867	2.558	11.425	23,30	22,39
Puglia	14.225	119	14.344	38,37	0,83
Basilicata	1.412	253	1.665	34,94	15,20
Calabria	6.203	572	6.775	24,84	8,44
Sicilia	12.204	4.063	16.267	35,99	24,98
Sardegna	4.688	925	5.613	37,98	16,48
Italia	110.314	21.315	131.629	22,57	16,19

DRG 134-ipertensione: la percentuale nazionale di trasferimento in Day Hospital è del 45,5 %, il tasso di dimissione standardizzato è del 22,2 per 10.000.

Sei regioni presentano una percentuale di Day Hospital al di sopra del valore nazionale: Puglia, Lombardia, Campania, Valle d'Aosta, Liguria e Sicilia. Il confronto con i tassi di ricovero in queste regioni evidenzia che Puglia, Campania e Sicilia presentano tassi di ricovero notevolmente superiori al valore nazionale, suggerendo che il ricovero in generale, e in particolare in Day Hospital, viene effettuato troppo frequentemente. La Valle d'Aosta e la Liguria sono le regioni che presentano una percentuale di trasferimento in Day Hospital superiore al valore nazionale, associato ad un tasso di dimissione inferiore al valore di riferimento. Nelle regioni Piemonte, Lombardia, P. A. Bolzano e Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Sardegna ad una percentuale di trasferimento in Day Hospital inferiore al valore medio nazionale si associa un tasso di dimissione ugualmente inferiore; ciò fa supporre che abbiano attivato servizi alternativi.

Nelle regioni Abruzzo, Molise, Lazio, Basilicata e Calabria ad una percentuale di trasferimento in Day Hospital inferiore alla media sono associati tassi di dimissione superiori al valore di riferimento nazionale; si ipotizza che in questi ambiti territoriali lo sviluppo di servizi alternativi risulta ancora insufficiente.

Raccomandazioni di Osservasalute

Per poter valutare con maggiore attendibilità l'appropriatezza dei ricoveri è necessario disporre anche di informazioni rispetto all'offerta ed all'accessibilità dei servizi alternativi.

Sulla base dei dati analizzati si potrebbero ipotizzare diversi obiettivi di programmazione:

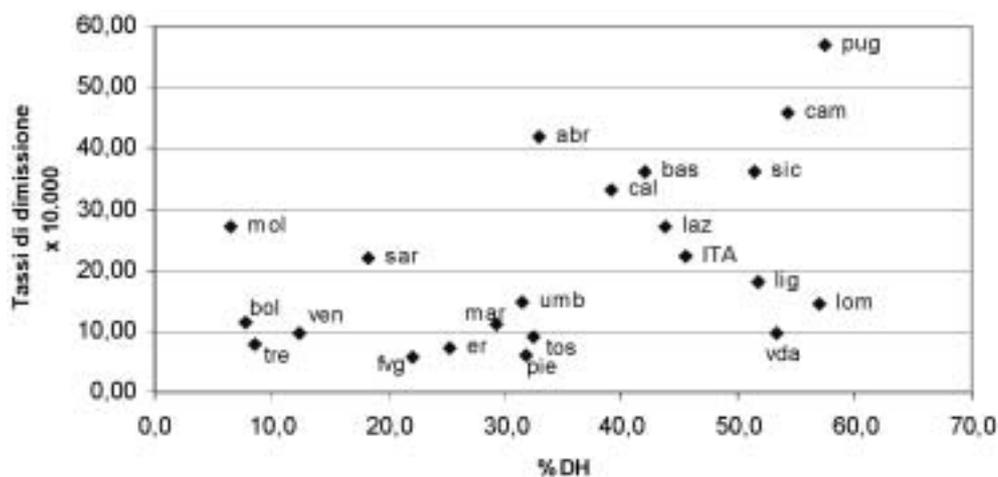
- le regioni che, ad un basso tasso di dimissione associano un'elevata percentuale di Day Hospital, hanno raggiunto un buon grado di appropriatezza clinica ed erogativa;
- le regioni con un tasso di ricovero superiore alla media nazionale e percentuale di Day Hospital inferiore, dovrebbero porsi come obiettivo prioritario la riduzione della domanda di ricovero e contemporaneamente potenziare i ricoveri in Day Hospital e sviluppare servizi alternativi al ricovero;
- le regioni che presentano sia il tasso di dimissione che la percentuale di Day Hospital inferiore alla media, potrebbero valutare la possibilità di un progressivo trasferimento dell'attività di degenza ordinaria in Day Hospital;
- le regioni che si posizionano nell'area caratterizzata da alto tasso di dimissione ed alta percentuale di Day Hospital, dovrebbero porre particolare attenzione alla riduzione della domanda di ricovero e verificare l'appropriatezza del Day Hospital.

Tabella 3 - Utilizzo del Day Hospital e tasso di dimissione standardizzato - DRG 134: ipertensione - Anno 2002

Regione	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Totale Ricoveri	Tasso di dimissione standardizzato * 10.000 abitanti	Percentuale di DH
Piemonte	1.955	914	2.869	5,88	31,9
Valle d'Aosta	57	65	122	9,80	53,3
Lombardia	5.817	7.675	13.492	14,32	56,9
Prov. Aut. Bolzano	439	37	476	11,50	7,8
Prov. Aut. Trento	385	36	421	7,71	8,6
Veneto	4.102	581	4.683	9,76	12,4
Friuli-Venezia Giulia	599	170	769	5,75	22,1
Liguria	1.632	1.743	3.375	18,21	51,6
Emilia-Romagna	2.520	850	3.370	7,22	25,2
Toscana	2.391	1.145	3.536	9,09	32,4
Umbria	740	341	1.081	14,67	31,5
Marche	1.239	512	1.751	11,12	29,2
Lazio	7.707	6.007	13.714	27,22	43,8
Abruzzo	3.811	1.868	5.679	41,96	32,9
Molise	837	59	896	27,02	6,6
Campania	10.263	12.145	22.408	45,94	54,2
Puglia	8.868	11.948	20.816	57,10	57,4
Basilicata	1.175	853	2.028	36,08	42,1
Calabria	6.814	4390	11.204	33,06	39,2
Sicilia	7.963	8.413	16.376	36,11	51,4
Sardegna	2.727	608	3.335	22,00	18,2
Italia	72.388	60.360	132.748	22,22	45,5

Fonte dei dati: Banca dati Sdo - Ministero della Salute.

Grafico 2 - Utilizzo del Day Hospital e tasso di dimissione standardizzato - DRG 134: ipertensione - Anno 2002



Ricoveri in regione differente da quella di residenza

Significato. Una parte dei ricoveri ospedalieri dei cittadini delle regioni italiane avviene in regioni differenti da quelle di residenza (mobilità dei pazienti).

La mobilità dei pazienti dalla regione di residenza verso strutture ospedaliere di altre regioni è analizzabile secondo due componenti principali:

- una così detta mobilità *fisiologica* che avviene tra aree contigue (pazienti che vivono in aree di confine tra una regione e l'altra e trovano più agevole usufruire delle strutture di ricovero della regione confinante, che magari possono anche essere più prossime geograficamente)
- la mobilità di pazienti tra aree geograficamente molto distanti (per esempio dalla Calabria alla Lombardia).

La mobilità dei pazienti tra aree geograficamente molto distanti merita di essere attentamente analizzata in quanto essa può essere espressione sia di una carenza regionale di strutture (che in alcuni casi, come descritto in altre sezioni, può anche essere giustificata da fenomeni di razionalizzazione volti a mantenere la qualità dei servizi) sia, soprattutto nel caso di patologie di gravità lieve-moderata, di una sostanziale insoddisfazione del cittadino verso la qualità (oggettiva o percepita) dell'assistenza erogata nella propria regione.

Da un punto di vista economico la mobilità innesca inoltre un circolo vizioso in quanto le prestazioni erogate debbono essere pagate dalla regione di provenienza alla regione in cui sono state effettuate, sottraendo così risorse che potrebbero essere utilmente utilizzate per migliorare i servizi e la qualità dell'assistenza erogata nella regione di provenienza.

Percentuale di ricovero in regione diversa da quella di residenza

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni fuori regione dei residenti}}{\text{Dimissioni dei residenti}} \times 100$$

Validità e limiti. Le rappresentazioni proposte forniscono un quadro esauriente della migrazione ospedaliera da una regione all'altra e consentono di esprimere alcune ipotesi sui possibili fattori determinanti della mobilità sanitaria. Ipotesi più articolate su tali determinanti dovranno comunque tener conto di altri elementi quali la situazione geografica ed organizzativa locale, l'offerta ospedaliera ed extraospedaliera.

Va tenuto in considerazione che la mobilità fisiologica può essere stimata intorno al 3-4% (e dipende principalmente dalla lunghezza dei confini amministrativi della regione).

Valori di riferimento. Non è possibile definire un valore di riferimento.

Fonte dei Dati: Banca dati SDO – Ministero della Salute.

Descrizione dei Risultati

Le tabelle di mobilità rappresentano una descrizione sintetica della migrazione che avviene per i ricoveri ospedalieri nelle varie regioni italiane.

Vengono riportati in maniera distinta i dati relativi ai ricoveri in regime ordinario ed in regime di Day Hospital.

Per ognuna delle due modalità sono riportati, in forma di matrice, i valori assoluti ed i valori percentuali di residenti ricoverati nella regione di residenza ed in tutte le altre regioni.

Nelle tabelle percentuali, allo scopo di facilitarne la lettura, sono stati eliminati i valori più bassi (< 0,5% per gli ordinari e < 0,3 % per il Day Hospital).

Dall'esame delle tabelle emerge quanto segue:

– la mobilità ospedaliera interessa circa 660.000 pazienti italiani (7,1%) nella modalità ordinaria e oltre 205.000 pazienti (il 6,1%) nella modalità di Day Hospital;

– il fenomeno di mobilità regionale tra aree contigue coinvolge praticamente tutte le regioni;

– le regioni dove il fenomeno di mobilità è minore in assoluto sono Lombardia, Sardegna, Bolzano, Veneto e Toscana. In tutte queste regioni la percentuale dei pazienti ricoveratisi nella regione di residenza è superiore al 94%;

– per alcune regioni esiste una mobilità molto forte verso regioni contigue, in particolare Val d'Aosta e Trento, dove il 14% e l'8% dei ricoveri ordinari avviene fuori regione, rispettivamente verso il Piemonte ed il Veneto. Anche la regione Umbria ha un'elevata mobilità concentrata verso regioni limitrofe;

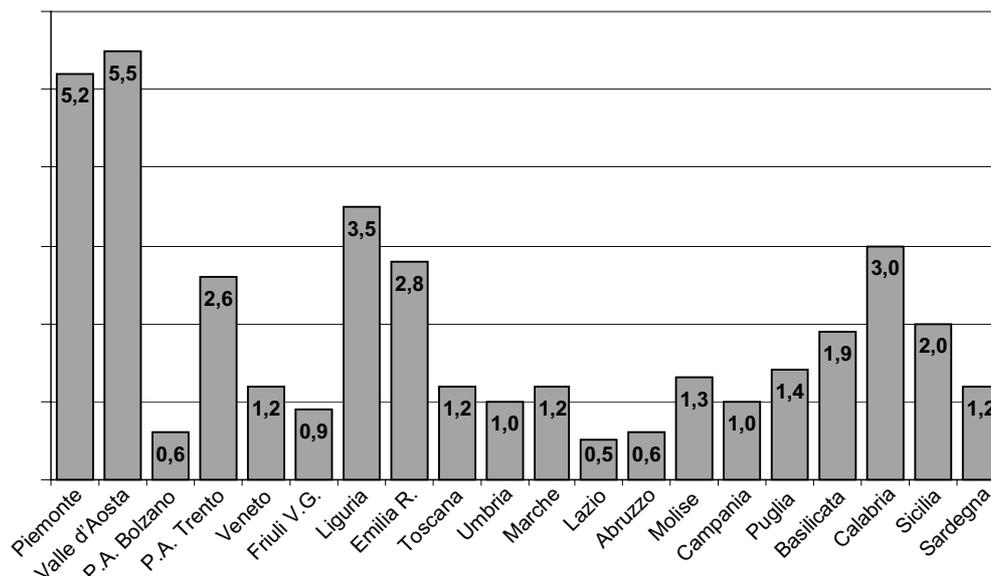
– il fenomeno della mobilità sanitaria su grandi distanze contraddistingue fortemente la regione Basilicata e la regione Calabria, dove rispettivamente soltanto il 75% e l'86% dei ricoveri ordinari dei residenti avviene in regione. Ad esclusione della Val d'Aosta i valori di queste due regioni sono, in assoluto, i valori più bassi a livello nazionale.

Un altro dato di rilievo è quello della regione Lombardia dove oltre ad esserci la minore mobilità in uscita vi è anche la maggior mobilità in entrata con pazienti provenienti da tutte le regioni italiane. Gli ospedali lombardi ricevono il 3% dei ricoveri ordinari di pazienti calabresi (11.053 ricoveri), il 2% di ricoveri ordinari della Sicilia (18.048 ricoveri), l'1,9% di pazienti della Basilicata (1.899 ricoveri) e l'1,4 dei ricoveri ordinari di cittadini pugliesi (10.605 ricoveri); oltre ad un 5,2% di ricoveri ordinari del Piemonte, 3,5% dei ricoveri della Liguria e 2,8% dei ricoveri dell'Emilia-Romagna.

In totale nel corso del 2002 più di 137.000 ricoveri ordinari in Lombardia hanno riguardato pazienti provenienti da fuori regione.

La situazione della mobilità relativa ai ricoveri in Day Hospital è abbastanza sovrapponibile a quella dei ricoveri in degenza ordinaria. In questo caso, i flussi di mobilità sono maggiori, principalmente originati ancora dalle regioni Meridionali ed orientati non solo principalmente verso la Lombardia, ma anche il Piemonte, l'Emilia-Romagna, la Toscana ed il Lazio. L'analisi di questi flussi suggerirebbe un'elevata domanda di Day Hospital (spesso per chemioterapia antitumorale) che non riesce a trovare adeguata risposta nella regione di residenza.

Grafico 1 - Percentuale di ricoveri in regime ordinario effettuati in regione Lombardia da cittadini residenti in altre regioni sul totale dei ricoveri dei cittadini della regione. Anno 2002



Raccomandazioni di Osservasalute

La rappresentazione dei flussi di mobilità regionale induce a trarre considerazioni importanti ai fini della programmazione sanitaria nazionale.

Risultano abbastanza chiare le necessità di riequilibrio quantitativo e qualitativo delle strutture sanitarie al fine di controllare e moderare i fenomeni migratori più pesanti.

La mobilità di «confine» sollecita, invece, considerazioni di portata più locale. La programmazione sanitaria delle piccole regioni o delle province autonome non può certo ambire ad un'utopica indipendenza dai grandi centri di riferimento, ma deve puntare comunque ad un compromesso tra la necessità di esportare patologie non curabili in loco e la possibilità di cercare di compensare tale fuga inevitabile con settori di attrazione nei quali offrire prestazioni «di nicchia» di qualità elevata e facilmente accessibili, meglio se concordate nell'ambito di sinergie e di accordi con i grandi centri di riferimento.

Tabella 1 - Numero di dimissioni per regione di ricovero e regione di provenienza - Ricovero in regime ordinario - Anno 2002
(i numeri nelle caselle in neretto corrispondono al numero di ricoveri dei residenti ricoverati nella regione di residenza)

Regione di ricovero	Regione di provenienza																SAR				
	PIE	VDA	LOM	BOL	TRE	VEN	FVG	LIG	E-R	TOS	UMB	MAR	LAZ	ABR	MOL	CAM		PUG	BAS	CAL	SIC
Piemonte	491.054	2.346	11.449	49	113	477	158	9.749	1.118	816	96	241	652	222	87	1.945	1.540	359	2.318	2.715	661
Valle d'A	808	12.850	229	1	0	14	4	86	13	21	4	5	34	8	2	31	15	1	54	28	16
Lombardia	27.933	925	1.376.946	465	1.858	7.723	1.537	8.753	16.669	5.617	1.215	2.659	4.676	1.684	798	9.771	10.605	1.899	11.053	18.048	3.276
PA	85	2	492	80.636	2.313	1.420	167	90	275	203	24	58	297	27	6	102	146	12	104	131	58
Bolzano																					
PA Trento	125	2	3.082	1.054	60.214	3.013	117	125	555	180	35	98	288	42	9	142	175	23	141	211	85
Veneto	1.004	74	11.194	1.278	5.947	599.628	7.139	532	6.734	1.529	2.888	876	1.704	501	139	2.568	2.563	352	1.733	5.841	698
Friuli-VG	197	7	637	87	103	8.945	150.397	101	327	280	229	94	372	72	18	601	449	59	189	893	103
Liguria	8.272	186	5.266	22	95	332	115	224.222	1.230	3.391	99	212	764	321	58	1.802	1.327	194	1.726	3.031	1.104
Emilia-R	1.863	73	12.181	227	540	5.595	834	2.060	554.769	6.296	1.209	9.158	3.613	3.041	768	6.338	7.436	1.150	5.625	6.734	1.431
Toscana	1.079	45	2.587	93	96	785	248	6.230	2.601	459.666	3.541	919	7.103	736	315	7.558	2.948	1.125	4.179	5.032	1.061
Umbria	104	7	297	18	17	95	44	74	221	3.623	105.590	2.062	8.853	755	162	843	1.097	284	914	439	119
Marche	246	4	868	28	35	240	74	99	2.274	484	1.305	206.239	1.755	7.935	368	771	2.062	165	316	514	91
Lazio	641	31	1.528	85	135	745	247	399	800	3.160	4.047	2.079	804.560	6.815	2.869	22.318	6.330	2.289	9.660	6.482	2.161
Abruzzo	396	14	918	39	40	206	74	107	467	330	328	3.519	13.954	247.170	5.247	1.787	3.993	261	367	390	101
Molise	59	2	184	2	6	22	11	15	79	57	42	62	2.161	1.524	49.817	7.131	3.052	146	140	81	11
Campania	670	12	1.755	42	91	430	195	197	1.181	887	220	265	4.546	327	764	856.238	1.822	3.305	1.940	941	210
Puglia	1.044	8	2.191	65	63	467	168	161	932	442	115	420	1.592	940	1.598	6.898	706.383	11.378	3.174	1.296	116
Basilicata	171	3	259	2	8	31	5	22	100	69	5	25	218	24	9	3.470	2.259	73.871	1.850	72	1
Calabria	910	56	1.536	36	27	215	62	178	415	264	48	75	1.064	47	15	1.714	492	1.521	315.882	2.603	36
Sicilia	844	27	1.774	18	46	432	144	212	543	453	98	108	962	103	14	491	393	60	4.762	847.515	136
Sardegna	502	21	1.039	29	34	219	58	217	279	275	38	40	690	33	7	194	81	16	40	264	255.993
Totale ricoveri	538.007	16.695	1.436.412	84.276	71.781	631.034	161.798	253.629	591.582	488.043	118.576	229.214	859.858	273.327	63.070	932.713	755.168	98.470	366.167	903.261	267.468
Numero ricoveri fuori regione	46.953	3.845	59.466	3.640	11.567	31.406	11.401	29.407	36.813	28.377	12.986	22.975	55.298	25.157	13.253	76.475	48.785	24.599	50.285	55.746	11.475
Percentuale ricoveri fuori regione	8,7	23,0	4,1	4,3	16,1	5,0	7,0	11,6	6,2	5,8	11,0	10,0	6,4	9,2	21,0	8,2	6,5	25,0	13,7	6,2	4,3

Tabella 2 - Percentuale di dimissioni per regione di ricovero e regione di provenienza - Ricovero in regime ordinario - Anno 2002
(le percentuali nelle caselle in neretto corrispondono alla percentuale dei residenti ricoverati nella regione di residenza)

Per maggior chiarezza di lettura dalla tabella sono stati eliminati i valori inferiori a 0,5%

Regione di ricovero	Regione di provenienza																						
	PIE	VDA	LOM	BOL	TRE	VEN	FVG	LIG	E-R	TOS	UMB	MAR	LAZ	ABR	MOL	CAM	PUG	BAS	CAL	SIC	SAR		
Piemonte	91,3	14,1	0,8					3,8														0,6	
Valle d'A	77,0																						
Lombardia	5,2	5,5	95,9	0,6	2,6	1,2	0,9	3,5	2,8	1,2	1,0	1,2	0,5	0,6	1,3	1,0	1,4	1,9	3,0	2,0	2,0	1,2	
PA Bolzano			95,7	3,2																			
PA Trento			1,3	83,9	0,5																		
Veneto		0,8	1,5	8,3	95,0	4,4			1,1												0,5	0,6	
Friuli-VG					1,4	93,0																	
Liguria	1,5	1,1					88,4	0,7														0,5	
Emilia-R		0,8	0,8	0,8	0,9	0,5	0,8	93,8	1,3	1,0	4,0			1,1	1,2	0,7	1,0	1,2	1,5	0,7	0,5		
Toscana							2,5	94,2	3,0	0,4	0,8	0,8	0,3	0,3	0,5	0,8		1,1	1,1	0,6			
Umbria							0,7	89,0	0,9	1,0													
Marche							1,1	90,0					2,9	0,6									
Lazio							0,6	3,4	0,9	93,6			2,5	4,5	2,4	0,8	2,3	2,6	0,7	0,8			
Abruzzo								1,5	1,6	90,8	8,3												
Molise										0,6	79,0	0,8											
Campania									0,5		1,2	91,8	3,4	0,5									
Puglia										2,5	0,7	93,5	11,6	0,9									
Basilicata												75,0	0,5										
Calabria												1,5	86,3										
Sicilia																						1,3	93,8
Sardegna																							95,7
Totale	98,0	97,7	98,7	99,0	98,7	99,0	98,8	99,0	97,7	98,7	98,6	98,9	98,1	98,7	99,2	98,2	97,3	98,0	99,4	98,5	98,3	98,3	98,3
Percentuale di residenti ricoverati fuori regione	8,7	23,0	4,1	4,3	16,1	5,0	7,0	11,6	6,2	5,8	11,0	10,0	6,4	9,2	21,0	8,2	6,5	25,0	13,7	6,2	6,2	4,3	4,3

Tabella 4 - Percentuale di dimissioni per regione di ricovero e regione di provenienza - Ricovero in regime day hospital - Anno 2002
(le percentuali nelle caselle in neretto corrispondono alla percentuale dei residenti ricoverati nella regione di residenza)

Per maggior chiarezza di lettura dalla tabella sono stati eliminati i valori inferiori a 0,3%

Regione di ricovero	Regione di provenienza																	SAR				
	PIE	VDA	LOM	BOL	TRE	VEN	FVG	LIG	E-R	TOS	UMB	MAR	LAZ	ABR	MOL	CAM	PUG		BAS	CAL	SIC	
Piemonte	92,5	13,2	0,5					2,2							0,4		0,5	0,5	0,8	0,3	0,3	
Valle d'A	81,3																					
Lombardia	4,7	2,7	96,8	0,6	2,6	0,9	0,8	1,6	2,9	0,8	0,4	0,8	0,3	0,7	1,5	0,7	2,2	1,4	2,4	1,0	0,7	
PA Bolzano			92,3	5,1																		
PA Trento			3,0	81,9																		
Veneto		0,9	2,2	8,7	96,0	6,4			0,8		0,5				0,5	0,3	0,8	0,3	0,5	0,4		
Friuli-VG					1,4	91,6																
Liguria	1,7		0,3					92,1		1,3					0,3		0,4	0,3	0,6	0,3	0,5	
Emilia-R		0,3	0,9	1,0	0,6	0,9	0,3	0,3	94,7	0,9	0,6	7,4		0,9	1,9	0,4	1,5	0,9	1,0	0,3	0,3	
Toscana		0,5						3,3	0,5	94,7	3,0	0,6	0,7	0,3	1,1	0,7	0,8	1,0	1,2	0,4	0,4	
Umbria								1,0		91,6	1,2	1,5			0,3							
Marche								0,3		0,8	86,4			3,2	0,8							
Lazio								0,6	2,9	0,9	94,9	3,6	14,6	2,4	1,9	3,0	2,7	0,4	0,6			
Abruzzo										1,6	1,1	90,3	14,0		0,4							
Molise															59,0							
Campania										0,4					4,3	93,8	0,4	4,5	0,7			
Puglia															1,1		89,0	4,3	0,3			
Basilicata																0,5	1,3	81,9	0,6			
Calabria																	1,2	85,7				
Sicilia																			2,8	96,4		
Sardegna																						96,8
Totale	98,9	98,0	99,3	99,1	98,9	99,2	99,1	99,5	99,2	99,2	99,3	99,4	98,9	98,9	99,9	98,8	99,1	99,4	99,7	99,5	99,5	99,5
Percentuale di residenti ricoverati fuori regione	7,5	18,7	3,2	7,7	18,1	4,0	8,4	7,9	5,3	5,3	8,4	13,6	5,1	9,7	41,0	6,2	11,0	18,1	14,3	3,6	3,6	3,2

Ospedalizzazione

Significato. Il tasso di ospedalizzazione quantifica la propensione al ricovero ospedaliero della popolazione oggetto di studio. Viene calcolato, quindi, come rapporto fra il numero di dimissioni (ovunque effettuate) di soggetti residenti in una data regione e il totale della popolazione residente nella stessa. L'indicatore include i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto, perché vuole misurare l'entità della domanda di ricovero: pertanto, se un paziente viene ricoverato più volte durante l'anno, sarà conteggiato tante volte quanti sono gli episodi di ricovero e cura. Il tasso di ospedalizzazione può essere calcolato distintamente per i

diversi regimi di ricovero (ordinario e diurno), per meglio caratterizzare il ricorso alle diverse modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera ed individuare eventuali spostamenti della casistica da un setting assistenziale all'altro.

È importante sottolineare che l'indicatore misura la domanda "soddisfatta" dai servizi sanitari, comprendendo quindi anche le prestazioni inappropriate, mentre non coglie la domanda "insoddisfatta", determinata, in alcuni contesti, dalla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie.

Tasso di dimissione ospedaliera

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente all'inizio dell'anno}} \times 1.000$$

Validità e limiti. Nel calcolo dell'indicatore sono comprese le dimissioni per acuti, in riabilitazione e in lungodegenza effettuate presso le strutture pubbliche e private accreditate, presenti sul territorio nazionale. Sono esclusi dal computo delle dimissioni i neonati sani e i soggetti stranieri non residenti. Qualche cautela va prestata nella lettura dei tassi di day hospital, a causa delle diverse modalità di registrazione dei cicli e degli accessi da parte delle regioni.

L'indicatore così calcolato esprime tassi grezzi di ospedalizzazione per regione, che risentono della differente composizione demografica regionale; per annullare l'effetto di questa variabilità e confrontare i tassi di ospedalizzazione tra regioni, sono stati quindi calcolati i tassi standardizzati, utilizzando la popolazione residente rilevata al Censimento 2001.

Benchmark. La normativa nazionale vigente (Legge del 23/12/96, n. 662, art. 1) attribuisce al tasso di ospedalizzazione complessivo (inclusa la modalità di day hospital) un valore di riferimento pari al 160 per mille residenti. Successivamente, l'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome sancita il 23 marzo 2005 (art. 4 comma 1 punto b) ha fissato il mantenimento del tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e diurni entro il 180 per mille abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20%, obiettivi da raggiungere attraverso il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero ed il trasferimento dal regime ordinario a quello diurno di alcune prestazioni sanitarie.

Descrizione dei risultati

Il tasso grezzo di ospedalizzazione in Italia è stato nell'anno 2003 pari a 149,71 per 1.000 abitanti in moda-

lità ordinaria e 62,5 per 1.000 in modalità di day hospital. L'analisi del trend mostra una significativa diminuzione del ricorso al regime ordinario, pari a 156,69 nel 2002 ed a 164,7 per 1.000 nell'anno 2000; per contro, si rileva un deciso aumento dell'ospedalizzazione in day hospital, pari a 57,59 nel 2002 e lievemente inferiore a 47 per 1.000 nel 2000.

La diminuzione dell'ospedalizzazione in regime ordinario è evidente in tutte le regioni, seppure risulti più lieve in Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Lazio e Sardegna. Per quanto riguarda l'attività di Day Hospital, anche nel 2003 si registra un incremento in quasi tutte le regioni, in particolare nella Provincia Autonoma di Bolzano, in Toscana, Molise e Campania, mentre si evidenzia una lieve diminuzione in Valle d'Aosta ed Emilia-Romagna.

Relativamente alle differenze territoriali è evidente un gradiente geografico nei tassi di ospedalizzazione per ricovero ordinario, che risultano più elevati nelle regioni dell'area meridionale ed insulare del paese e minori nelle regioni settentrionali, con l'eccezione della P. A. di Bolzano. Nel dettaglio, i tassi standardizzati di ospedalizzazione in degenza ordinaria risultano maggiori in Abruzzo (200,6 per 1.000), P. A. Bolzano (189,6), Puglia (184,8), Calabria (178,1) e Molise (176,8) mentre i valori più contenuti appartengono ai piemontesi (116,4 per 1.000), ai toscani (120,3) e ai friulani (120,5). Il valore nazionale del tasso standardizzato si attesta a 152,02 per 1.000 abitanti.

Per quanto riguarda l'attività in regime diurno non è altrettanto evidenziabile un particolare gradiente geografico, ma si osserva una variabilità territoriale più contenuta che oscilla da tassi superiori a 85 per 1.000 abitanti (Sicilia e Liguria) a tassi inferiori a 40 per 1.000 abitanti (Puglia e dal Friuli-Venezia Giulia).

Tabella 1 - Dimissioni ospedaliere per regime di ricovero e regione di residenza (Tasso grezzo e tasso std per 1000 abitanti) – Anno 2003

Regioni	Regime ordinario		Day Hospital		Totale	
	Tasso grezzo	Tasso*	Tasso grezzo	Tasso*	Tasso grezzo	Tasso*
Piemonte	120,3	116,4	59,3	57,4	179,5	173,8
Valle d'Aosta	134,7	133,3	53,5	52,9	188,2	186,1
Lombardia	149,6	152,4	60,8	61,3	210,4	213,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>174,5</i>	<i>189,6</i>	<i>41,6</i>	<i>43,7</i>	<i>216,1</i>	<i>233,3</i>
<i>Trento</i>	<i>139,5</i>	<i>142,7</i>	<i>55,0</i>	<i>56,2</i>	<i>194,6</i>	<i>198,9</i>
Veneto	133,2	135,0	60,3	60,8	193,5	195,8
Friuli-Venezia Giulia	129,4	120,5	41,0	39,7	170,4	160,2
Liguria	146,6	131,9	92,0	86,5	238,6	218,3
Emilia-Romagna	145,8	135,4	56,0	53,1	201,8	188,4
Toscana	128,8	120,3	52,5	51,1	181,4	171,3
Umbria	136,6	129,3	68,3	65,8	204,9	195,1
Marche	146,5	139,7	48,1	46,4	194,7	186,1
Lazio	152,4	157,8	77,4	78,6	229,8	236,4
Abruzzo	202,5	200,6	65,1	65,1	267,6	265,7
Molise	179,0	176,8	50,9	51,0	229,9	227,8
Campania	154,5	173,8	61,7	65,8	216,2	239,6
Puglia	170,2	184,8	33,3	36,1	203,5	220,9
Basilicata	150,3	157,1	59,7	62,0	210,0	219,1
Calabria	166,1	178,1	62,2	65,0	228,3	243,0
Sicilia	165,0	175,0	92,3	96,2	257,3	271,2
Sardegna	160,1	173,4	64,6	67,5	224,7	240,9
Italia	149,7	152,0	62,5	63,1	212,2	215,1

* La standardizzazione è stata calcolata utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione residente al censimento 2001

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO – Anno 2005.

Il confronto con il parametro di riferimento, stabilito dalla normativa complessivamente pari a 160 per 1.000, senza distinzione del regime di erogazione delle prestazioni ospedaliere, evidenzia una frequenza del ricorso all'ospedalizzazione ancora piuttosto elevata in tutte le regioni; in Friuli-Venezia Giulia, Piemonte e Toscana, tuttavia, i tassi complessivi standardizzati non si discostano in modo significativo dal valore di riferimento e risultano comunque inferiori al parametro indicato dal legislatore nel 1996 (Legge n. 662/96).

Raccomandazioni di Osservasalute

Nei piani sanitari elaborati negli ultimi anni, sia a livello nazionale che a livello regionale, viene data particolare enfasi alla necessità di rivedere le reti ospedaliere esistenti: l'obiettivo prioritario rimane sempre il riequilibrio tra i livelli di assistenza sanitaria, che si esplica attraverso: la riallocazione delle risorse (dalla cura alla prevenzione, dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale), il potenziamento del ricovero diurno, lo sviluppo di interventi di riabilitazione e lungodegenza in ambito residenziale e domiciliare, l'elaborazione di programmi per l'abbattimento dei tempi di attesa e l'adozione di misure per garantire l'appropriatezza della modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

La riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri, anche se risulta già avviata da alcuni anni, in particolare a seguito del DPCM sui livelli di assistenza, è

ancora piuttosto contenuta. I provvedimenti emanati nel 2001 per la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri hanno determinato una contrazione dei ricoveri in modalità ordinaria e un trasferimento delle prestazioni in Day Hospital/Day Surgery.

Contemporaneamente, però, si è anche verificato un incremento, in alcuni casi significativo, della domanda per cui è necessario monitorare nel tempo il processo di ospedalizzazione al fine di produrre le misure correttive più adeguate per la razionalizzazione delle reti ospedaliere ed una più efficace integrazione delle stesse con le reti di offerta territoriale di prestazioni sanitarie.

Sarà necessaria una forte attività di comunicazione con la popolazione tesa a chiarire le finalità di ridisegno delle reti ospedaliere, per fornire ai cittadini servizi ospedalieri più efficaci e più moderni e di attivare nel contempo servizi per i pazienti cronici.

Ospedalizzazione per età e tipologia di attività

Significato. Il ricorso alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero varia in modo molto evidente con il variare dell'età del paziente, ciò in relazione al diverso bisogno di salute e quindi alle differenze nella entità della domanda di prestazioni sanitarie che si osservano nelle varie classi di età. Anche la tipologia di assistenza ospedaliera erogata (acuzie, riabilitazio-

ne e lungodegenza) risente della composizione per età della casistica, ma è influenzata inoltre dall'offerta di servizi sanitari territoriali. I tassi di ospedalizzazione, calcolati a livello regionale, per classi di età e per tipologia di assistenza erogata, consentono di evidenziare il fenomeno ed eventuali differenze geografiche.

Tasso di dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività

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

Dimissioni ospedaliere per età e tipo di attività
Popolazione residente all'inizio dell'anno

Validità e limiti. Le schede di dimissione ospedaliera, considerate nel calcolo dell'indicatore, sono relative alle dimissioni effettuate, in regime di ricovero ordinario, nel corso dell'anno 2003, dagli istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale. Sono state escluse le schede relative ai neonati sani, agli stranieri non residenti e circa 9.000 schede che riportano il codice della regione di residenza errato. È opportuno precisare che nella banca dati possono essere presenti più schede relative al medesimo paziente, con riferimento ad un episodio di ricovero: infatti, se un paziente viene trasferito, all'interno di uno stesso istituto, da una tipologia di attività ad un'altra (ad esempio da un

reparto per acuti ad uno di riabilitazione), devono essere compilate due schede di dimissione, una per ciascuna tipologia di attività erogata.

Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per il tasso di ospedalizzazione per classi di età. Il confronto dei tassi regionali con quello nazionale consente di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero.

Descrizione dei risultati

Le tabelle mostrano la distribuzione nelle regioni italiane dei tassi di ospedalizzazione per le varie tipologie di attività nelle diverse fasce di età. In tutte le

Tabella 1 - Dimissioni ospedaliere per regime di ricovero e regione di residenza (Tasso grezzo e tasso std. Per 1.000 abitanti) – Anno 2003

Regioni	< 1	1 - 14	15 - 44	45 - 64	65 - 74	>=75
Piemonte	574,0	55,6	76,1	91,3	179,2	271,3
Valle D'Aosta	336,7	59,8	92,3	114,6	222,7	331,2
Lombardia	582,8	65,4	92,9	122,2	244,5	370,1
Bolzano - Bozen	570,3	78,0	101,9	151,3	314,1	554,8
Trento	413,9	48,8	80,3	104,9	219,2	374,1
Veneto	426,6	49,5	79,8	102,4	220,3	379,6
Friuli-Venezia Giulia	373,9	32,4	73,8	101,8	208,4	371,2
Liguria	584,0	64,3	92,1	111,3	210,7	345,7
Emilia-Romagna	451,7	61,6	85,6	105,2	208,8	353,2
Toscana	458,1	48,0	77,4	95,1	199,0	346,4
Umbria	597,3	64,9	85,4	105,8	209,7	328,8
Marche	485,7	68,1	86,7	110,8	225,8	372,8
Lazio	582,5	74,3	100,3	130,7	255,8	409,3
Abruzzo	683,7	91,6	120,7	173,0	328,8	485,1
Molise	662,7	82,2	108,3	166,6	300,7	433,1
Campania	493,1	74,4	108,6	156,4	301,3	393,3
Puglia	667,1	85,4	117,0	161,9	314,9	446,7
Basilicata	538,1	60,7	94,5	142,0	284,5	392,2
Calabria	574,8	73,0	108,7	164,8	315,4	428,8
Sicilia	617,6	94,2	109,9	162,2	306,2	402,5
Sardegna	681,0	67,2	103,8	148,4	304,4	472,0
Italia	548,7	69,4	95,9	127,1	249,8	378,5

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

Tabella 2 - Tasso di dimissione ospedaliera per riabilitazione in regime ordinario – Anno 2003

Regioni	0 - 44	45 - 64	65 - 74	>=75
Piemonte	0,9	5,2	16,3	24,2
Valle d'Aosta	0,5	3,6	10,1	6,0
Lombardia	1,5	7,3	23,5	37,1
Bolzano-Bozen	0,5	3,8	12,9	26,9
Trento	1,3	8,3	27,9	33,6
Veneto	0,7	3,9	13,1	20,0
Friuli-Venezia Giulia	0,7	2,4	7,0	9,1
Liguria	0,9	4,7	12,9	14,3
Emilia-Romagna	0,5	2,6	7,8	8,9
Toscana	0,6	2,2	6,7	11,1
Umbria	0,8	2,5	6,4	5,5
Marche	0,6	2,0	6,0	7,6
Lazio	0,8	4,0	15,4	30,9
Abruzzo	2,1	9,6	26,2	34,7
Molise	1,3	4,4	10,2	12,1
Campania	0,6	3,2	9,8	12,9
Puglia	0,6	3,1	7,8	9,2
Basilicata	0,6	2,6	6,7	7,3
Calabria	0,9	4,6	12,2	12,1
Sicilia	0,7	2,5	6,6	6,9
Sardegna	0,4	1,0	1,4	1,5
Italia	0,9	4,1	12,8	18,4

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

Tabella 2 - Tasso di dimissione ospedaliera in lungodegenza in regime ordinario – Anno 2003

Regioni	0 - 64	65 - 74	>=75
Piemonte	0,3	4,1	16,3
Valle d'Aosta	0,0	0,2	0,2
Lombardia	0,2	2,1	5,9
Bolzano-Bozen	0,3	6,6	32,4
Trento	0,6	8,5	34,0
Veneto	0,4	4,6	20,9
Friuli-Venezia Giulia	0,0	0,1	0,2
Liguria	0,0	0,1	0,4
Emilia-Romagna	0,8	10,4	44,2
Toscana	0,1	0,9	5,0
Umbria	0,1	0,1	0,1
Marche	0,7	3,1	11,2
Lazio	0,1	1,0	6,2
Abruzzo	0,1	1,3	6,6
Molise	0,2	1,9	6,1
Campania	1,2	3,4	8,7
Puglia	0,1	1,4	4,9
Basilicata	0,2	1,1	3,8
Calabria	0,3	1,5	2,4
Sicilia	0,1	1,2	3,9
Sardegna	0,1	0,8	4,8
Italia	0,3	2,8	11,3

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

regioni i valori più alti si evidenziano nelle classi di età estreme, ovvero nei dimessi di età inferiore a 1 anno e superiore a 75 anni. Si osserva inoltre che il tasso di ospedalizzazione per i soggetti con età compresa fra 65 e 74 anni è mediamente più elevato nelle regioni del Sud rispetto alle regioni Centro-Settentrionali del paese.

Come è ragionevole attenderci il tasso di ospedalizzazione per l'attività di riabilitazione aumenta con l'età

dei pazienti: per la classe degli ultrasettantacinquenni il tasso presenta dunque i valori più elevati con una notevole variabilità tra le regioni. Ciò è anche da attribuire alla diversa pianificazione delle reti ospedaliere e territoriali, anche in termini di dotazione di strutture specializzate in questo tipo di assistenza ospedaliera. Per quanto riguarda l'attività di lungodegenza, il tasso di ospedalizzazione assume valori di rilievo per la classe di età estrema, che comprende gli anziani con

Tasso di dimissioni ospedaliere per acuti in regime di ricovero ordinario età minore di 1 anno. Anno 2003



età ≥ 75 anni. Anche per questa tipologia di assistenza, come per la riabilitazione, sono evidenti differenze geografiche, in particolare le regioni del Centro-Sud presentano i tassi di ospedalizzazione più bassi, mentre in alcune regioni del Nord si osserva un maggior ricorso all'assistenza in lungodegenza per gli ultrasettantacinquenni, soprattutto in Emilia-Romagna (44 per 1.000 residenti), Province Autonome di Trento e Bolzano, Veneto e Piemonte. Questa attività ospedaliera risulta, invece, quasi inesistente in regioni come Umbria, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, e Liguria, presumibilmente per la carenza di strutture adeguate sul territorio.

Raccomandazioni di Osservasalute

La lettura congiunta degli indicatori presentati, mettendo in evidenza i maggiori e più specifici bisogni assistenziali nelle fasce estreme della vita, nonché le differenze regionali nell'accessibilità ad alcune forme di assistenza, quali riabilitazione e lungodegenza, suggerisce la necessità di porre un'adeguata attenzione nella pianificazione dell'offerta sanitaria, al fine di migliorare la capacità di risposta del sistema ai bisogni di salute della popolazione e rendere più appropriato l'utilizzo dell'ospedale per acuti e più efficace l'integrazione ospedale-territorio a garanzia dell'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

Ricoveri in regime di Day Hospital per i DRG Oncologici

Significato. L'indicatore grezzo numero medio di accessi in DH, riferito al complesso dei DRG medici gestibili in Day Hospital, consente di valutare, sia pure indirettamente, l'appropriato uso del ricovero diurno in termini di tipologia, complessità e corretta programmazione delle attività gestite in una determinata struttura o in un più ampio contesto operativo. Nel caso di singoli DRG, come nel caso dei due DRG

oggetto dell'analisi e tipici del DH oncologico, l'indicatore è in grado di svelare difformità dei profili di cura e dei modelli organizzativi adottati dalle singole strutture, ovvero di fornire indicazioni sulla corretta rilevazione e registrazione amministrativa delle attività erogate. La percentuale del ricovero in Day Hospital è un indicatore che consente di valutare l'appropriatezza del setting assistenziale.

Numero medio di accessi in day hospital con DRG medici

Numeratore	Numero di accessi in day hospital DRG medici
Denominatore	Numero di dimissioni in day hospital DRG medici

Percentuale di dimissioni in Day Hospital per DRG medici

Numeratore	Numero di dimissioni in Day Hospital
Denominatore	Numero totale di dimissioni

x 100

Validità e limiti. Un elevato numero di accessi rispetto ad un parametro individuato come riferimento potrebbe essere indicativo di una inadeguata programmazione delle attività o di scarsa attenzione nella definizione dei percorsi assistenziali che si traduce in un inefficiente ed inappropriato utilizzo delle strutture. Allo stesso modo un numero di accessi sensibilmente inferiore alla media potrebbe essere un segnale di inappropriata per eccesso di ricoveri di un solo giorno ovvero di un utilizzo prevalente del DH per attività diagnostiche o terapeutiche non particolarmente complesse, probabilmente trasferibili con un'adeguata programmazione nel regime ambulatoriale o meglio in day service. Tale ultima modalità di erogazione dell'attività ambulatoriale si caratterizza infatti per la diretta presa in carico del paziente da parte della struttura con l'obiettivo di assicurare una programmazione coordinata ed una tempestiva esecuzione delle indagini e delle attività assistenziali necessarie per risolvere il problema clinico individuato.

Una condizione del tutto particolare, che porterebbe una bassa media di accessi, è quella relativa alla frammentazione in più episodi di ricovero in DH per eseguire un singolo ciclo clinico di radio o chemioterapia. In assenza di significative ragioni assistenziali, il solo fine di tale pratica è quello di aumentare il numero dei ricoveri/DRG prodotti e di conseguenza i ricavi delle attività erogate da parte delle strutture remunerate a prestazione (Aziende Ospedaliere e presidi delle AUSL relativamente agli episodi di cura riservati ai pazienti non residenti). La pratica della frammentazione dei ricoveri dei DH oncologici a fini amministrativo-contabili è stata più volte rilevata e segnalata

in quelle regioni che per i DRG 409 e 410 del DH, anche in contrasto con le indicazioni del tariffario nazionale di cui al DM 30/06/1997, adottano tariffe per episodio di ricovero e non per numero di accessi effettuati. A seguito dell'adozione della Tariffa Unica Convenzionale (TUC) per le prestazioni di assistenza ospedaliera molte di queste regioni hanno modificato le modalità di remunerazione per i DRG considerati sostituendo il criterio della tariffa DRG specifica per episodio di ricovero con quello della tariffa predeterminata per accesso. In questo modo è venuto meno l'incentivo a frammentare i ricoveri e sono state in parte sanate le problematiche relative alla remuneratività delle tariffe DRG specifiche (spesso inferiori ai costi sostenuti per la gestione delle costose tecnologie di radioterapia o per l'acquisto dei moderni farmaci chemioterapici). Per i ricoveri effettuati nel 2003 l'analisi proposta è comunque del tutto attuale ed anzi può fornire la base per verificare se l'introduzione del nuovo criterio di remunerazione sarà in grado di modificare le modalità di rilevazione e registrazione delle attività da parte delle strutture interessate.

Per valutare compiutamente l'appropriatezza clinico-organizzativa raggiunta nella gestione dei trattamenti radioterapici e chemioterapici è altresì interessante analizzare il tasso di trasferimento in DH dei due DRG in esame in quanto, per entrambi, è possibile ed indicato effettuare la maggior parte dei trattamenti in day hospital evitando il ricorso al ricovero ordinario.

Benchmark. Il numero medio di accessi rilevato a livello nazionale può essere assunto come valore di riferimento in quanto l'analisi ha l'obiettivo di mette-

re in evidenza i comportamenti anomali, sia dell'eccessiva frammentazione dei ricoveri sia della presa in carico a lungo termine dei pazienti assistiti. Il valore medio nazionale della percentuale di Day Hospital rappresenta una valida misura di confronto mentre i valori più elevati forniscono un riferimento concreto dell'effettiva possibilità di trasferire le attività dalla degenza ordinaria a tale livello assistenziale.

Descrizione dei risultati

Il confronto temporale tra il 2002 ed il 2003 ha messo in evidenza una sostanziale stabilità dei dati e pertanto l'analisi è stata effettuata prendendo a riferimento solo i dati riferiti all'anno 2003 che evidenziano, per entrambi gli indicatori, forti differenze regionali.

DRG 409 – Radioterapia. La percentuale di trattamenti radioterapici effettuati in regime di Day Hospital a livello nazionale è del 37% mentre il numero medio di accessi è di 7,9 per episodio di ricovero. L'analisi descritta è riferita a 17 regioni in quanto alcune di esse non hanno attivi servizi di radioterapia e, per garantire omogeneità e significatività dei confronti, si è scelto di escludere le realtà che hanno effettuato meno di 100 ricoveri annui (Tabella 1).

Cinque regioni (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Lazio e Puglia) effettuano il 70 % dei ricoveri complessivi; questo dato conferma la non omogenea distribuzione dei servizi nel territorio nazionale e spiega la forte mobilità rilevata per tale genere di prestazioni. Il fenomeno della mobilità può spiegare in parte anche il ricorso più o meno elevato al ricovero ordinario piuttosto che al DH ed a quest'ultimo rispetto all'erogazione delle prestazioni in regime ambulatoriale. Occorre infatti precisare che molte regioni hanno fortemente incentivato il trasferimento delle attività di radioterapia a livello ambulatoriale; la carenza di dati nazionali a tale riguardo oltre che una rilevazione poco omogenea delle attività di tale livello assistenziale non consentono di formulare accurate valutazioni limitando in parte la completezza dell'analisi. Tenendo presenti i limiti esposti si rileva che la percentuale di trattamenti radioterapici effettuati in regime di Day Hospital presenta un range molto elevato, compreso tra lo 0% della PA di Trento e il 91,2 % della regione Umbria ed una distribuzione dei valori attorno alla media molto disomogenea. Sei regioni presentano percentuali di Day Hospital superiori alla media nazionale (Lombardia, Veneto, Liguria, Umbria, Lazio e Calabria) e tutte le altre 11 inferiori. Anche il numero medio di accessi in Day Hospital presenta un range molto elevato (1 Sardegna e 21,7 Friuli-Venezia-Giulia) con una distribuzione dei valori attorno alla media disomogenea e senza apparenti correlazioni con il numero dei ricoveri effettuati e con la percentuale di Day Hospital. Otto regioni presentano valori superiori al riferimento nazionale

(Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Abruzzo e Sicilia) e le altre 9 valori più bassi della media, addirittura inferiori ai 3 accessi per ricovero in Lombardia, Campania, Puglia e Sardegna.

DRG 410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta.

La percentuale di chemioterapie effettuate in regime di Day Hospital a livello nazionale è del 65,1% mentre il numero medio di accessi è di 7,8 per episodio di ricovero (Tabella 2). Tutte le regioni presentano ampie casistiche ed utilizzano il Day Hospital per erogare tali prestazioni. Diverse regioni hanno fornito indicazioni per eseguire alcuni trattamenti chemioterapici anche a livello ambulatoriale, prevedendo che il costo del farmaco sia rimborsato a parte, ma purtroppo non sono disponibili dati per valutare con sufficiente precisione tale fenomeno. La percentuale di ricoveri per chemioterapia in regime di Day Hospital presenta un range molto elevato, compreso tra il 31,4 % della Sicilia ed il 97,3 % della Valle d'Aosta, ed una distribuzione dei valori attorno alla media abbastanza omogenea. Dieci regioni, in prevalenza del Centro Nord, presentano percentuali di Day Hospital superiori alla media nazionale (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Sardegna) e le altre 11 inferiori.

Il numero medio di accessi in Day Hospital presenta un range molto alto (2,4 Sardegna e 13 Valle d'Aosta). Quattordici regioni presentano valori superiori al riferimento nazionale (Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Bolzano e di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise e Sicilia) e le altre 7 regioni, in prevalenza del Sud con le eccezioni della Lombardia e del Veneto, valori più bassi della media nazionale.

Raccomandazioni di Osservasalute

La variabilità rilevata nelle diverse regioni rispetto al numero di accessi per episodio di ricovero ed alla percentuale di trasferimento in Day Hospital dei DRG oncologici 409 e 410 dimostra che i modelli assistenziali adottati per la gestione delle principali patologie oncologiche sono alquanto eterogenei, rispondendo a logiche fortemente condizionate dalle caratteristiche del contesto organizzativo e amministrativo di riferimento. Può essere sufficiente che tutte le regioni adottino un sistema di remunerazione per i DRG considerati che ricalchi il modello della TUC, per favorire scelte orientate a promuovere l'appropriatezza riguardo la sede di erogazione di tali prestazioni terapeutiche ed evitare fenomeni quali la frammentazione degli episodi di ricovero, che come i ricoveri ripetuti ha riflessi sul tasso di ospedalizzazione e soprattutto genera maggiori oneri per le aziende committenti. Ulteriori risultati potrebbero essere ottenuti anche

Tabella 1 - Dimissioni per radioterapia, per regione (percentuale di DH e numero medio di accessi) – Anno 2003

Regioni	Ricoveri DH	Ricoveri ordinari	Totale	% DH	Numero medio di accessi DH
Piemonte	99	660	759	13,0	14,0
Valle d'Aosta	0	1	1	0,0	-
Lombardia	2.497	3.009	5.506	45,4	2,6
Bolzano-Bozen	0	6	6	0,0	-
Trento	0	214	214	0,0	-
Veneto	1.651	895	2.546	64,8	7,2
Friuli-Venezia Giulia	188	596	784	24,0	21,7
Liguria	106	42	148	71,6	9,6
Emilia.Romagna	655	1.408	2.063	31,7	13,0
Toscana	121	493	614	19,7	13,4
Umbria	423	41	464	91,2	5,8
Marche	14	253	267	5,2	3,9
Lazio	1.460	1.926	3.386	43,1	15,5
Abruzzo	1	138	139	0,7	9,0
Molise	10	1	11	90,9	4,9
Campania	296	748	1.044	28,4	1,9
Puglia	66	1.510	1.576	4,2	2,0
Basilicata	1	31	32	3,1	1,0
Calabria	369	163	532	69,4	5,7
Sicilia	63	1.087	1.150	5,5	8,4
Sardegna	4	446	450	0,9	1,0
Italia	8.024	13.668	21.692	37,0	7,9

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005

Percentuale di dimissioni in DH per radioterapia. Anno 2003



Numero medio di accessi in DH. Anno 2003



attraverso una chiara definizione da parte delle regioni, in relazione allo specifico assetto organizzativo dei propri servizi, delle attività e delle tipologie di pazienti oncologici che, sia per motivi clinici che gestionali, può essere vantaggioso trattare in regime di ricovero ordinario, day hospital ovvero a livello ambulatoriale. Riguardo tale ultimo aspetto si sottolinea come molti trattamenti di radioterapia e di chemioterapia, nonché la quasi totalità delle attività diagnostiche di supporto

ed i follow up, possano essere eseguiti in ambulatorio, prevedendo specifici percorsi diagnostico terapeutici, un adeguata valorizzazione delle prestazioni eseguite ed eventualmente, attraverso gli accordi di fornitura, anche la remunerazione dei costi dei medicinali impiegati.

Tabella 2 - Dimissioni per chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta, per regione (percentuale di DH e numero medio di accessi) – Anno 2003

Regioni	Ricoveri DH	Ricoveri ordinari	Totale	% DH	Numero medio di accessi DH
Piemonte	19.425	4.081	23.506	82,6	8,8
Valle d'Aosta	361	10	371	97,3	13,0
Lombardia	53.213	20.326	73.539	72,4	5,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	836	724	1.560	53,6	8,4
<i>Trento</i>	1.348	740	2.088	64,6	11,3
Veneto	25.293	5.376	30.669	82,5	7,6
Friuli-Venezia Giulia	2.685	2.044	4.729	56,8	12,5
Liguria	5.806	1.263	7.069	82,1	11,0
Emilia-Romagna	21.269	5.368	26.637	79,8	9,7
Toscana	13.326	3.147	16.473	80,9	11,6
Umbria	2.781	865	3.646	76,3	10,2
Marche	5.923	1.260	7.183	82,5	11,5
Lazio	16.822	13.455	30.277	55,6	9,9
Abruzzo	3.984	3.096	7.080	56,3	12,6
Molise	646	892	1.538	42,0	9,4
Campania	14.315	20.033	34.348	41,7	6,2
Puglia	8.917	8.841	17.758	50,2	7,1
Basilicata	1.711	1.056	2.767	61,8	5,8
Calabria	6.294	3.855	10.149	62,0	7,2
Sicilia	9.365	20.498	29.863	31,4	8,5
Sardegna	12.480	4.673	17.153	72,8	2,4
Italia	226.800	121.603	348.403	65,1	7,8

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

Percentuale di dimissioni in DH per chemioterapia. Anno 2003

Numero medio di accessi in DH. Anno 2003



Giornate di degenza

Significato. Le giornate di degenza erogate in regime ordinario rappresentano un indicatore sintetico di attività ospedaliera; quando rapportate alla popolazione residente esprimono il numero medio di giornate di

degenza erogate per abitante. Per eliminare l'effetto della diversa composizione demografica delle regioni, l'indicatore grezzo è affiancato da una misura corretta, espressa tramite la popolazione "pesata per età".

Tasso giornate di degenza

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Numero di giornate di degenza}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente all'inizio dell'anno}} \times 1.000$$

Validità e limiti. Gli indicatori sono stati calcolati con riferimento alle dimissioni dalle strutture pubbliche e private accreditate. Nel computo delle giornate di degenza per 1.000 residenti sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti, per non appesantire gli indicatori con le degenze prolungate, che si osservano per le prestazioni di riabilitazione e di lungodegenza. Sono inoltre state omesse dalle giornate di degenza quelle relative ai neonati sani, che non richiedono prestazioni assistenziali rilevanti dal punto di vista del consumo delle risorse ospedaliere. L'indicatore, espressione dell'attività erogata, essendo costruito sulla regione di erogazione risente del fenomeno della mobilità ospedaliera.

Per la costruzione della popolazione pesata sono stati utilizzati i pesi che il Ministero della Salute pubblica nel Rapporto nazionale di monitoraggio dell'assistenza sanitaria, elaborati considerando la distribuzione per età delle valorizzazioni economiche delle presta-

zioni di ricovero (tramite applicazione delle tariffe "nazionali", D.M. 30 giugno 1997).

Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per le giornate di degenza rapportate ai residenti. Il confronto della distribuzione regionale dell'indicatore con i valori medi nazionali consente di evidenziare il differente grado di attività raggiunto nelle singole regioni.

Descrizione dei risultati

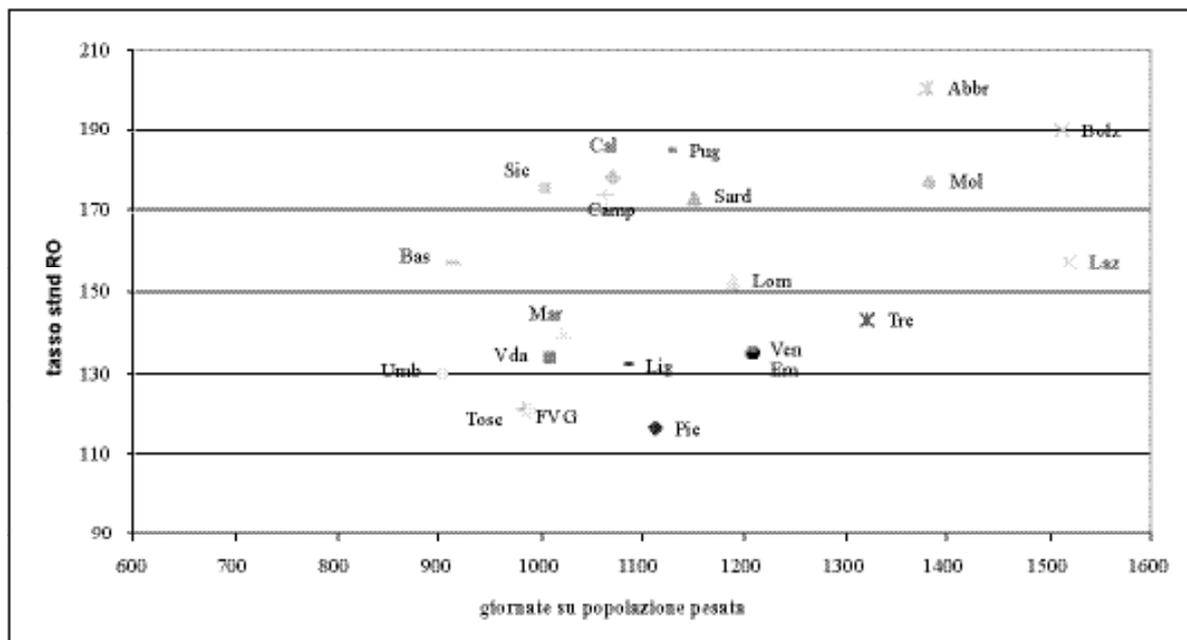
Nel corso del 2003 sono state erogate mediamente 1.115 giornate di degenza ogni 1.000 residenti nei reparti ospedalieri per acuti. Valori significativamente superiori al valore medio nazionale si rilevano nella P. A. di Bolzano, nel Lazio e nelle regioni Abruzzo e Molise, dove l'indicatore assume valori superiori a 1.350 giornate di degenza ogni 1.000 abitanti. Il valore minimo della distribuzione regionale si rileva in

Tabella 1 - Giornate di degenza per regione (Numero, Tasso grezzo e tasso pesato) – Anno 2003

Regioni	Numero Giornate effettive	Tasso pop. residente	Tasso pop. pesata
Piemonte	5.016.120	1.185	1.112
Valle D'Aosta	124.291	1.028	1.009
Lombardia	10.813.887	1.187	1.189
Bolzano-Bozen	653.696	1.399	1.512
Trento	633.613	1.311	1.321
Veneto	5.522.754	1.207	1.209
Friuli-Venezia Giulia	1.265.879	1.062	985
Liguria	1.984.981	1.263	1.084
Emilia-Romagna	5.292.785	1.313	1.204
Toscana	3.808.558	1.083	989
Umbria	823.832	988	903
Marche	1.617.749	1.090	1.020
Lazio	7.723.395	1.501	1.518
Abruzzo	1.814.548	1.425	1.380
Molise	461.143	1.436	1.383
Campania	5.381.408	940	1.064
Puglia	4.207.454	1.046	1.127
Basilicata	534.320	895	914
Calabria	2.029.171	1.011	1.069
Sicilia	4.725.114	950	1.005
Sardegna	1.778.015	1.086	1.151
Italia	66.212.713	1.155	1.155

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

Grafico 1 - Dispersione dei valori regionali delle giornate sulla popolazione pesata e tasso standardizzato – Anno 2003



Umbria, dove l'indicatore presenta un valore pari a 903 giornate di degenza ogni 1.000 residenti.

I corrispondenti valori relativi agli anni precedenti evidenziano un trend decrescente sostanzialmente uniforme tra le varie regioni italiane.

L'indicatore sulle giornate erogate rispetto alla popolazione residente riflette ovviamente la casistica ospedaliera trattata e la domanda di ricovero espressa dalla popolazione.

Il grafico riportato illustra la dispersione dei valori regionali secondo la doppia dimensione: indicatore di attività (giornate sulla popolazione) e indicatore di domanda (tasso di ospedalizzazione). Per entrambi gli indicatori è stato eliminato l'effetto della struttura per età della popolazione.

Nei quattro quadranti sono raggruppate:

- le regioni con elevato tasso di ospedalizzazione e consistente numero di giornate di degenza (Abruzzo, Molise, PA Bolzano e Lazio);
- le regioni con elevato tasso di ospedalizzazione e ridotto numero di giornate di degenza (Sicilia, Calabria, Campania e Basilicata);
- le regioni con basso tasso di ospedalizzazione e ridotto numero di giornate di degenza (Umbria, Toscana, Friuli-Venezia Giulia e Liguria);
- le regioni con basso tasso di ospedalizzazione ed elevato numero di giornate di degenza (Veneto, Emilia-Romagna e Provincia Autonoma di Trento).

Raccomandazioni di Osservasalute

Negli ultimi anni si è osservata una progressiva diminuzione delle giornate di degenza erogate in regime ordinario, determinata in maniera decisiva dall'introduzione della modalità di pagamento a prestazione dei ricoveri ospedalieri, che di fatto non riguarda ad oggi tutte le strutture sanitarie. In seguito alla definizione dei livelli di assistenza (DPCM 29/11/2001), è aumentata l'attenzione all'appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri, da cui deriva la possibilità di trattare una quota di casistica ospedaliera in un diverso regime di ricovero o in setting assistenziali alternativi all'ospedale per acuti; ciò presuppone tuttavia un'adeguata offerta territoriale di servizi sanitari. Si ritiene pertanto che siano possibili ulteriori contrazioni della durata di degenza, e quindi un miglioramento dell'efficienza ospedaliera, anche attraverso, ad esempio, la riduzione delle giornate di degenza pre-operatoria, che dipende in modo sostanziale dalla capacità di risposta dell'ospedale in termini di attività funzionalmente collegate (laboratorio, radiologia, sala operatoria, etc.).

Degenza media

Significato. Un indicatore sintetico di efficienza ospedaliera, in regime di ricovero ordinario, è rappresentato dalla degenza media. La durata della degenza ospedaliera è però fortemente influenzata dalla complessità dei casi trattati oltre che dall'efficienza operativa ospedaliera, pertanto è stata calcolata anche la degenza media standardizzata rispetto al case mix. Quest'ultima rappresenta il valore teorico di degenza media che si osserverebbe se ogni regione presentasse una casistica di complessità analoga a quella dello

standard di riferimento, ovvero se la composizione per DRG dei dimessi nelle varie regioni fosse uguale a quella dell'intera casistica nazionale. In altre parole è una degenza media attesa: una diminuzione del valore della degenza media, a seguito della standardizzazione, sta ad indicare che la regione presenta una casistica di maggiore complessità rispetto a quella nazionale; al contrario, un aumento della degenza media standardizzata indica la presenza di una casistica con minore complessità.

Degenza media

Numeratore Numero di giornate di degenza erogate

Denominatore Numero di dimissioni

Validità e limiti. Nel calcolo dell'indicatore sono esclusi i neonati sani e sono state considerate i ricoveri ospedalieri per acuti, in regime di ricovero ordinario. L'analisi è stata estesa all'attività di tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale, relativamente all'anno 2003.

Per la descrizione del case mix è utilizzata la versione 10 della classificazione DRG (Diagnosis Related Group)

Benchmark. Non esistono riferimenti normativi aggiornati sulla degenza media. Il confronto della distribuzione regionale dei due indicatori con il valore medio nazionale consente di evidenziare il differente grado di efficienza ospedaliera raggiunto nelle singole regioni. La lettura, in aggiunta, della degenza media standardizzata per case mix consente di "correggere" i valori regionali per la complessità della casistica trattata.

Descrizione dei risultati

La degenza media a livello nazionale è di 6,7 giorni. L'indicatore assume il valore massimo in Valle d'Aosta, prossimo a 9 ed il valore minimo nella regione Campania con 5,5 giorni. In generale per tutte le regioni dell'area meridionale la degenza media grezza si colloca al di sotto del valore medio nazionale, mentre nelle regioni dell'area settentrionale l'indicatore assume valori superiori.

La degenza media standardizzata rispetto al case mix presenta una minore variabilità rispetto al valore nazionale. In generale, le degenze medie standardizzate nelle regioni centro-settentrionali diminuiscono rispetto ai corrispettivi valori grezzi, evidenziando quindi una maggiore complessità della casistica, mentre le degenze medie relative alle regioni meridionali

umentano.

In riferimento al trend, si evidenzia, dai dati di letteratura, che la degenza media dei ricoveri in regime ordinario mostra una continua riduzione nel tempo, correlata ad una consistente diminuzione delle giornate di degenza. Negli anni 2002-2003, la degenza media rimane sostanzialmente stabile, associandosi però ad un aumento della complessità della casistica trattata, che riflette un utilizzo più appropriato dell'ospedale per acuti.

Tabella 1 - Degenza media standardizzata - Anno 2003

Regioni	valore grezzo	valore std
Piemonte	8,1	7,7
Valle d'Aosta	8,9	8,1
Lombardia	6,5	6,7
Bolzano-Bozen	6,7	7,3
Trento	7,6	7,3
Veneto	7,9	7,5
Friuli-Venezia Giulia	7,7	7,2
Liguria	7,9	7,2
Emilia-Romagna	6,8	6,5
Toscana	7,4	6,9
Umbria	6,4	6,4
Marche	7,1	6,9
Lazio	7,7	8,0
Abruzzo	6,1	6,7
Molise	7,0	7,5
Campania	5,5	6,3
Puglia	5,9	6,6
Basilicata	6,8	7,2
Calabria	6,1	6,8
Sicilia	5,7	6,2
Sardegna	6,7	7,5
Italia	6,7	6,7

Degenza media standardizzata per case mix. Anno 2003

**Raccomandazioni di Osservasalute**

La lettura di entrambi gli indicatori relativi alla degenza media dei ricoveri per acuti erogati in regime ordinario e descrittivi della dimensione "efficienza" ospedaliera (una delle dimensioni della qualità) mostra ancora margini di miglioramento, soprattutto in alcune regioni. È altresì evidente la diversa capacità, fra le varie regioni, di concentrare la casistica più complessa nell'ospedale per acuti. Ovviamente quest'attitudine risente sia della mobilità della popolazione, sia della possibilità di drenare la casistica meno complessa verso forme alternative di assistenza ospedaliera, che è fortemente influenzata, come noto, dall'offerta di servizi territoriali sufficienti, adeguati ed accessibili, nonché dall'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Degenza media preoperatoria nei ricoveri ordinari

Significato. L'indicatore illustra il tempo medio trascorso in ospedale in ricovero ordinario in attesa di eseguire accertamenti diagnostici o altre attività terapeutiche ed assistenziali propedeutiche all'esecuzione di un intervento chirurgico (degenza media preoperatoria).

Nella grande maggioranza dei ricoveri programmati tali attività possono essere effettuate attraverso accessi ambulatoriali o in Day Hospital, mentre per i ricoveri in urgenza da Pronto Soccorso è possibile snellire l'iter clinico ed assistenziale attraverso l'adozione di adeguati modelli organizzativi (percorsi diagnostici preferenziali, sale operatorie dedicate). Il dato del-

la degenza media preoperatoria (DMPO) può essere pertanto assunto come indicatore proxy della capacità di un determinato contesto organizzativo di assicurare una efficiente gestione del percorso preoperatorio in elezione e di pianificare con efficacia l'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica. Una elevata DMPO denota generalmente difficoltà di accesso ai servizi diagnostici ospedalieri od extraospedalieri alternativi al tradizionale ricovero ed un uso potenzialmente inappropriato dei posti letto e delle risorse umane e materiali riservate alla degenza ordinaria.

Degenza media preoperatoria in regime ordinario

Numeratore Giornate di degenza preoperatoria con DRG chirurgici in regime ordinario

Denominatore Numero dimessi con DRG chirurgici in regime ordinario

Validità e limiti. L'indicatore esprime la massima significatività quando si confrontano i singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina chirurgica. Quando si confrontano i dati grezzi di vari ospedali si deve pertanto considerare la variabilità legata al diverso case mix mentre per grandi casistiche, come quelle relative ad una regione, il livello di confrontabilità aumenta sensibilmente. Il confronto dei dati deve peraltro tenere conto delle sensibili differenze regionali dell'indice di attrazione per l'oggettiva difficoltà di adottare appropriati percorsi preoperatori extraospedalieri per i cittadini non residenti.

Benchmark. Il valore medio delle cinque regioni con i valori più bassi di DMPO (1,6 giorni) fornisce una misura significativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso assistenziale preoperatorio.

Descrizione dei risultati

La degenza media preoperatoria del 2003 del livello nazionale è pari a 2,09 giorni. Sebbene negli ultimi anni si è assistito ad un progressiva e significativa riduzione di tale valore, il confronto fra il 2002 ed il 2003 mostra una sostanziale stabilità a fronte di importanti potenziali margini di miglioramento. Infatti i risultati raggiunti non sono uniformi nel territorio nazionale e nel 2003 persistono rilevanti differenze regionali che in alcuni regioni, specie del sud, si sono ulteriormente accentuate (tabella 1 e grafico 1). Il range dei valori del 2003, 1,32 del Friuli-Venezia Giulia contro 3,10 della Liguria, pari a 1,78 giorni, è elevato e superiore di 0,12 giorni rispetto all'anno precedente. La distribuzione dei valori è dispersa in

modo abbastanza omogeneo intorno alla media in entrambi gli anni. Dieci regioni presentano performance migliori della media nazionale e tutte le regioni del nord (tranne la Valle d'Aosta e la Liguria) sono comprese in questo gruppo.

Tra il 2002 ed il 2003 12 regioni hanno migliorato le loro performance, mentre 9 hanno fatto registrare valori uguali o peggiori dell'anno precedente.

L'analisi della tabella mette in evidenza che tra le regioni con le performance migliori sono comprese alcune di quelle che tradizionalmente hanno all'attivo alti indici di attrazione per le discipline chirurgiche e, generalmente, un elevato indice di case mix (Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto). Il dato sembra confermare l'efficacia delle misure adottate in queste regioni per riorganizzare i percorsi assistenziali ospedalieri ed al contempo per migliorare l'accessibilità ai servizi diagnostici extraospedalieri in funzione dell'appropriatezza d'uso dell'ospedale. Alta attrazione ed alti valori di DMPO sono invece rilevati in Liguria e Molise.

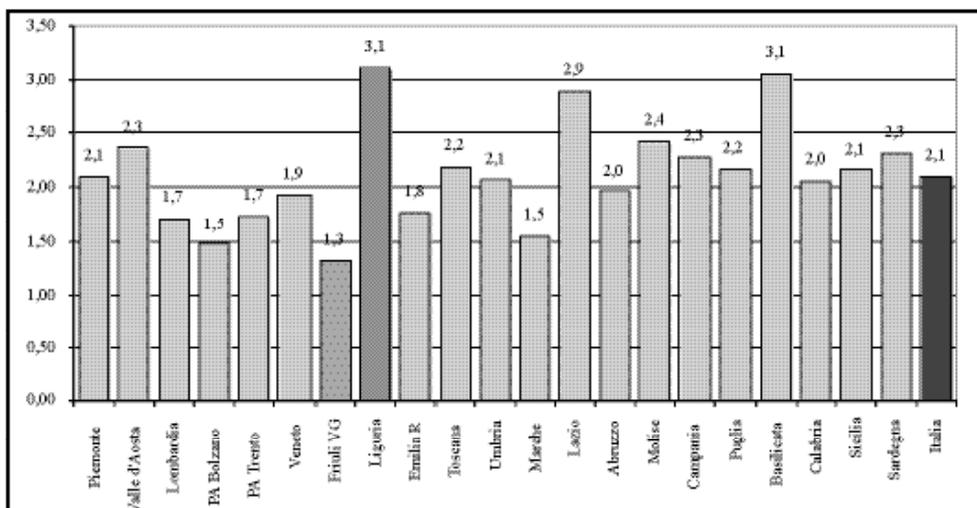
Raccomandazioni di Osservasalute

I dati di DMPO presentati riguardano sia i ricoveri programmati che i ricoveri urgenti. Una attenta gestione dei percorsi preoperatori per i ricoveri programmati e l'adozione di apposite linee guida per codificare le prassi assistenziali ed organizzative da adottare per i ricoveri effettuati in urgenza, possono evitare in entrambi i casi attese ingiustificate e ritardi nell'esecuzione dell'intervento chirurgico e quindi migliorare sensibilmente la gestione del percorso assistenziale del paziente, non solo in termini di efficienza ma anche riguardo il gradimento, l'efficacia e gli

Tabella 1 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime di ricovero ordinario, per regione – Anni 2002 – 2003

Regioni	DMPO 2002	DMPO 2003	Variazione assoluta
Piemonte	2,17	2,09	-0,8
Valle d'Aosta	2,42	2,35	-0,7
Lombardia	1,83	1,72	-1,1
Bolzano-Bozen	1,49	1,47	-0,2
Trento	1,62	1,72	1,0
Veneto	2,00	1,92	-0,8
Friuli-Venezia Giulia	1,39	1,32	-0,7
Liguria	3,03	3,10	0,7
Emilia-Romagna	1,88	1,78	-1,0
Toscana	2,19	2,19	0,0
Umbria	2,13	2,06	-0,7
Marche	1,58	1,55	-0,3
Lazio	2,96	2,89	-0,7
Abruzzo	2,07	1,95	-1,2
Molise	2,42	2,41	-0,1
Campania	2,20	2,27	0,8
Puglia	2,16	2,17	0,1
Basilicata	3,05	3,06	0,1
Calabria	2,04	2,04	0,1
Sicilia	2,10	2,15	0,5
Sardegna	2,23	2,31	0,8
Italia	2,13	2,09	-0,4

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

Grafico 1 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime di ricovero ordinario, per regione – Anno 2003

esiti degli interventi stessi. A tale riguardo occorre considerare che se il sistema di rimborso a prestazione e le opportunità offerte dall'evoluzione scientifica e tecnologica hanno favorito la progressiva riduzione della degenza media dei ricoveri chirurgici in degenza ordinaria, diverse analisi hanno dimostrato che il maggior contributo alla riduzione della degenza media per i ricoveri chirurgici è stato dato da forti contrazioni della degenza post intervento. Il trend di riduzione sembra aver peraltro subito un generale rallentamento dopo le confortanti performance del recente passato e, specie nelle realtà che hanno raggiunto limiti assai bassi di DM complessiva, sia i clinici che varie organizzazioni di tutela dei pazienti

ritengono più utile ed etico che la ricerca dell'efficienza ed il "guadagno" in termini di giornate di degenza risparmiate siano perseguiti soprattutto attraverso l'ottimizzazione dei percorsi preoperatori piuttosto che con politiche assistenziali volte a favorire la dimissione precoce, a volte intempestiva, dei pazienti operati. Le evidenze rilevate e queste considerazioni dovrebbero spingere tutte le regioni a monitorare con attenzione il fenomeno anche allo scopo di definire soglie massime di DMPO per i principali DRG chirurgici.

Degenza media preoperatoria per alcuni DRG in ricovero ordinario

Significato. L'indicatore analizza la DMPO relativa ai DRG: 162 – Interventi per ernia inguinale e femorale, età >17 senza complicanze, 198 - Colectomia ecc. laparoscopia senza esplorazione del dotto biliare, senza complicanze, 209 - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori, 232 – Artroscopia.

La scelta dei DRG è stata fatta in funzione della numerosità della casistica, dell'elevata proporzione di casi gestiti in elezione (che minimizza le difficoltà di

interpretazione connesse alla presenza dei casi gestiti in urgenza) e della rilevanza sociale delle relative patologie. Per tali ragioni i dati di DMPO dei DRG prescelti rappresentano degli ottimi traccianti della effettiva capacità di un determinato contesto organizzativo di assicurare un servizio effettivamente orientato alle esigenze dei pazienti attraverso un'efficiente gestione del percorso preoperatorio ed un ottimale pianificazione dell'utilizzo delle sale operatorie.

Degenza media preoperatoria in regime ordinario

Numeratore Giornate di degenza preoperatoria per DRG chirurgico in regime ordinario

Denominatore Numero dimessi per DRG chirurgico in regime ordinario

Validità e limiti. Il confronto della DMPO DRG specifica deve tenere conto delle sensibili differenze regionali dell'indice di attrazione per le patologie considerate, in specie per quelle più complesse, per l'oggettiva difficoltà di adottare appropriati percorsi preoperatori extraospedalieri per i cittadini non residenti. Un'estensione dell'analisi che, specie a livello delle singole strutture, potrebbe aggiungere elementi di valutazione utili per una migliore comprensione del fenomeno è rappresentata dallo studio della percentuale degli interventi effettuati nei primi due giorni di ricovero.

Benchmark. I valori più bassi di DMPO rilevati per ciascuno dei quattro DRG considerati individuano le migliori performance e forniscono una misura diretta e assai significativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso assistenziale preoperatorio DRG specifico.

Descrizione dei risultati

La tabella ed il grafico 1 illustrano il confronto tra gli anni 2002 e 2003 dei valori nazionali di DMPO relativi a tutti i dimessi con DRG chirurgico ed ai DRG selezionati (162, 198, 209 e 232). È evidente come per

tutti i DRG considerati la riduzione di DMPO registrata tra i due anni sia notevole in senso assoluto e significativamente superiore al trend registrato per il valore riferito a tutti i DRG chirurgici. Questo dato conferma, in linea generale, l'attenzione posta ai diversi livelli del sistema per ottimizzare almeno i percorsi preoperatori e/o la fase di pre-ospedalizzazione delle principali patologie chirurgiche gestibili attraverso un ricovero programmato.

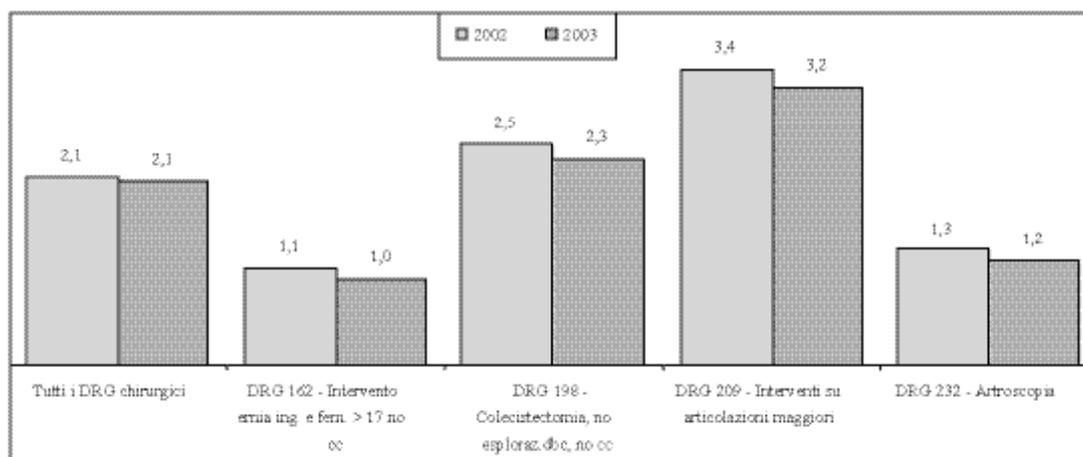
La tabella 2 analizza, per regione, la DMPO dei dimessi nel 2003 con i DRG selezionati dagli istituti di ricovero pubblici e privati. Il maggior livello di dettaglio dell'analisi mette in evidenza da un lato la costante variabilità della DMPO in funzione della complessità dei casi trattati e dall'altro le forti differenze esistenti nelle varie regioni, con un evidente e significativo divario tra il Nord ed il Sud del paese (tabella 2). La regione Friuli Venezia Giulia registra i valori più bassi per tutte le patologie considerate mentre, con rare eccezioni e nonostante il complessivo miglioramento rispetto all'anno precedente, le regioni del sud si contendono il primato opposto. Il range dei valori di DMPO risulta elevato e sempre superiore al valore della media per tutti i DRG selezionati.

L'analisi sembra inoltre dimostrare che nelle singole

Tabella 1 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime di ricovero ordinario (tutti i DRG chirurgici e i DRG selezionati) - Anni 2002-2003

DRG	DMPO 2002	DMPO 2003	Variazione assoluta	Variazione %
162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc	1,10	0,97	- 0,13	-11,13
198 - Colectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, senza cc	2,51	2,33	- 0,18	-7,23
209 - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	3,37	3,17	- 0,20	-6,18
232 - Artroscopia	1,31	1,18	- 0,13	-10,05
Tutti i DRG chirurgici	2,13	2,09	- 0,04	-1,8

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO – Anno 2005.

Grafico 1 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime di ricovero ordinario (tutti i DRG chirurgici e DRG selezionati) – Anni 2002–2003

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

Tabella 2 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime ordinario, per DRG e regione – Anno 2003

Regioni	Tutti i DRG chirurgici	DRG 162	DRG 198	DRG 209	DRG 232
Piemonte	2,09	1,04	2,51	2,65	1,41
Valle d'Aosta	2,35	0,90	2,34	3,41	0,00
Lombardia	1,72	0,43	1,79	2,31	0,63
Bolzano-Bozen	1,47	0,82	1,26	2,02	0,69
Trento	1,72	0,63	1,23	2,11	0,65
Veneto	1,92	0,72	1,59	2,24	1,10
Friuli-Venezia Giulia	1,32	0,24	1,16	1,64	0,20
Liguria	3,10	1,18	2,30	4,93	1,28
Emilia-Romagna	1,78	0,33	1,54	2,89	0,76
Toscana	2,19	0,85	2,37	2,85	0,97
Umbria	2,06	0,86	2,13	2,24	0,84
Marche	1,55	0,27	1,94	2,41	0,63
Lazio	2,89	1,58	3,23	5,44	1,73
Abruzzo	1,95	1,10	2,51	2,63	1,08
Molise	2,41	1,51	3,97	4,38	2,35
Campania	2,27	1,43	2,60	4,83	1,46
Puglia	2,17	1,20	3,02	4,11	2,20
Basilicata	3,06	1,70	4,29	3,71	1,36
Calabria	2,04	1,62	3,16	3,84	1,51
Sicilia	2,15	1,15	2,54	4,57	1,98
Sardegna	2,31	1,44	2,96	5,26	1,38
Italia	2,09	0,97	2,33	3,17	1,18

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

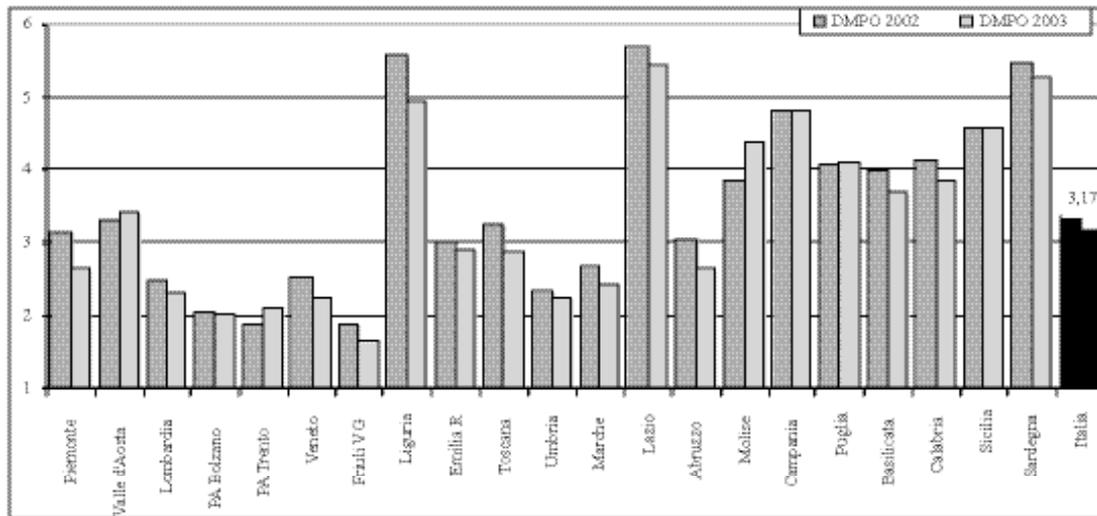
regioni il livello delle *performance* è abbastanza costante. In pratica sia il ranking che lo scostamento, positivo o negativo, rispetto alla media nazionale risultano simili per i diversi DRG considerati, segno evidente che la gestione del percorso preoperatorio è influenzata da contesti organizzativi e prassi operative ampiamente diffusi e consolidati.

Raccomandazioni di Osservasalute

In linea di massima l'analisi della DMPO dei DRG chirurgici selezionati suggerisce le medesime considerazioni fatte nella precedente sezione a proposito

della DMPO relativa a tutti i DRG chirurgici. Tuttavia, anche in considerazione del fatto che il miglioramento rilevato nel gruppo di DRG studiati è nettamente superiore a quello registrato per l'insieme dei DRG chirurgici, le DMPO osservate in qualche regione, in specie per i DRG 198 e per il DRG 209 (grafico 2), appaiono francamente anomale e difficilmente giustificabili in relazione alle opportunità offerte dall'evoluzione delle tecniche diagnostiche, dalla loro minore invasività e dalla diffusa affermazione di modelli organizzativi in grado di assicurare una efficace ed attiva gestione del percorso preoperatorio in

Grafico 2 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime di ricovero ordinario DRG 209 - interventi su arti-
colazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori – Anni 2002–2003



Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

regime ambulatoriale. Poiché degenze medie preoperatorie prossime al doppio dei valori medi nazionali, oltre che denotare un uso inefficiente delle strutture di ricovero, gravano sui pazienti esponendoli inutilmente ai disagi e ai rischi insiti in un'ospedalizzazione inappropriata, potrebbe essere del tutto giustificata l'adozione di misure volte a disincentivare, anche attraverso adeguate politiche tariffarie, quelle strutture che non rispettassero soglie massime di DMPO per un set di DRG selezionati e/o per patologie chirurgiche gestibili attraverso il ricovero programmato.

Utilizzo del Day Hospital per i DRG medici a rischio di inappropriatelyzza

Significato. L'indicatore verifica l'entità di utilizzo del Day Hospital rispetto al ricovero ordinario e permette di valutare il grado di appropriatezza organizzativa raggiunto dalle regioni a seguito delle indicazioni contenute nel DPCM 29/11/2001, il quale ha definito un elenco di DRG "ad alto rischio di inappropriatelyzza" se erogate in regime di degenza ordinaria. L'applicazione dell'Accordo della Conferenza Stato – Regioni impone alle regioni di individuare per ogni singolo DRG un valore percentuale/soglia di ammissibilità e di monitorare il grado di trasferimento dal regime ordinario al Day Hospital, prevedendo altresì per le stesse la facoltà di individuare ulteriori DRG e prestazioni che le strutture sanitarie possono trattare

in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse. La percentuale/soglia di ammissibilità di ricovero in Day Hospital, analizzata isolatamente, non è espressione di appropriatezza poiché è influenzata da due variabili molto importanti: il tasso di ospedalizzazione specifico per DRG e la stima delle prestazioni effettuate in regime ambulatoriale.

In assenza di dati attendibili sull'attività ambulatoriale la relazione tra la percentuale di Day Hospital ed il tasso di dimissione standardizzato per singolo DRG può fornire una misura indiretta dell'accessibilità e dell'utilizzo dei servizi ambulatoriali distrettuali in alternativa al ricovero ospedaliero.

Percentuale di ricoveri in Day Hospital con DRG medici

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100 = \frac{\text{Numero di dimissioni in Day Hospital}}{\text{Numero totale di dimissioni}} \times 100$$

Validità e limiti. La percentuale del ricovero in Day Hospital è un parametro per valutare l'appropriatezza del setting assistenziale, mentre il tasso di ricovero misura la frequenza con la quale i professionisti pongono l'indicazione al ricovero.

Nel Rapporto Osservasalute 2004 sono stati analizzati i dati dei DRG 183, 243 e 134 relativi ai ricoveri effettuati nel 2002, anno immediatamente successivo alla emanazione del DPCM sui LEA. Sebbene molte regioni avessero già in precedenza fornito indicazioni per migliorare l'appropriatezza d'uso delle strutture di ricovero, i dati del 2002 possono essere considerati la base per il monitoraggio dei risultati conseguiti nelle diverse realtà a seguito dell'adozione e del consolidamento degli interventi volti a contrastare il fenomeno. Nella presente sezione saranno pertanto illustrati, mediante il confronto 2002–2003, i dati relativi ai ricoveri ed alla percentuale di Day Hospital delle diverse regioni riguardo l'intero set dei DRG medici ad elevato rischio di inappropriatelyzza e riguardo i tre DRG considerati nel precedente Rapporto. Per rendere più evidente l'impatto in termini di ricoveri "risparmiati", nel confronto 2002–2003 è stato utilizzato il numero complessivo dei ricoveri effettuati invece del tasso di ospedalizzazione. Si precisa infine che minime e non significative differenze rispetto ad alcuni dati riferiti al 2002 e pubblicati lo scorso anno sono frutto di aggiustamenti ed aggiornamenti apportati successivamente.

In generale un'alta riduzione dei ricoveri complessivi in presenza di un aumento o di una stabilità, al di sopra dei valori di riferimento nazionali, della percentuale di trasferimento in Day Hospital indica l'adozio-

ne di efficaci misure correttive del fenomeno dell'inappropriatelyzza. Al contrario un aumento dei ricoveri totali superiore ai valori di riferimento, combinato con una riduzione della percentuale di trasferimento in Day Hospital, depone per un utilizzo improprio del regime di ricovero ordinario mentre se l'aumento complessivo dei ricoveri è associato anche ad un incremento dell'attività relativa del Day Hospital si può supporre un sovrautilizzo delle strutture di ricovero diurno congiunta ad una scarsa accessibilità dei servizi ambulatoriali.

La riduzione dei ricoveri complessivi accompagnata da una contestuale riduzione della percentuale di trasferimento in Day Hospital può essere indicativo di un migliorato accesso ai servizi ambulatoriali realizzato attraverso l'individuazione di percorsi diagnostici terapeutici extradegenza e l'attivazione di modelli organizzativi sul tipo del Day Service. Purtroppo il vuoto informativo relativo all'attività ambulatoriale costituisce un limite per un'oggettiva ed esaustiva valutazione di tale dimensione dell'assistenza.

Benchmark. Il valore medio per entrambi i parametri fornisce una misura di riferimento che tuttavia, come già detto, è influenzata da diverse altre variabili (tasso di ospedalizzazione, utilizzo dei servizi ambulatoriali extradegenza). Per il confronto temporale si ipotizza un valore di riferimento caratterizzato da una riduzione dei ricoveri complessivi e da un aumento o una sostanziale stabilità della percentuale di Day Hospital.

Descrizione dei risultati

Ogni regione ha dovuto promuovere strategie di intervento ed azioni che, sebbene coerenti con le indicazioni del DPCM, fossero innanzitutto compatibili con il proprio contesto di riferimento. Le soglie di ammissibilità in ricovero ordinario stabilite a livello regionale sono state pertanto individuate con criteri e modalità differenti che devono indurre una certa cautela quando si effettuano confronti tra le diverse realtà. Al contrario il confronto temporale tra il 2002 ed il 2003 consente di apprezzare il trend relativo al livello nazionale ed è in grado di aggiungere significativi elementi di valutazione riguardo l'efficacia delle misure adottate dalle singole regioni.

Nel 2003 i primi dieci DRG medici ad elevato rischio di inappropriatazza sono gli stessi dell'anno precedente, rappresentano complessivamente il 69,9% dei ricoveri potenzialmente inappropriati (68,8 % nel 2002) e presentano solo lievi differenze di rango (tabella 1). I ricoveri relativi a questi 10 DRG hanno subito consistenti flessioni ad eccezione del DRG 184 - Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattia apparato digerente, età < ai 17 anni - che triplicando i casi gestiti in Day Hospital senza una contestuale riduzione dei ricoveri ordinari, passa dal 5° al 3° rango delle frequenze di ricovero.

Tutti i DRG medici a rischio di inappropriatazza. Il confronto 2002 - 2003 relativo a tutti i ricoveri attribuiti ai DRG medici a rischio di inappropriatazza dimostra che le indicazioni poste dal DPCM 9/11/2001 sono state in larga massima rispettate (Tabella 2 e grafico 1). A livello nazionale il numero complessivo dei ricoveri si riduce del 7,2% e, sebbene con ampia variabilità, tale andamento è proprio di tutte le regioni, tranne che per la PA di Bolzano, Lazio, Molise e Sicilia. In queste regioni l'aumento assoluto dei ricoveri coincide con forti incrementi della percentuale di Day Hospital (Grafico 2). E' di segno positivo anche l'andamento nazionale del-

la percentuale di Day Hospital che, con un'ampia variabilità regionale, cresce del 17,4% e si attesta sul 38,9% del totale. I valori della percentuale di Day Hospital del 2003 presentano un range ampio (15,9%–56,9%) ed una distribuzione non omogenea intorno alla media. Ben sedici regioni presentano valori più bassi del riferimento nazionale (38,9%) mentre soltanto per cinque si osservano valori superiori (Piemonte, Liguria, Lazio, Basilicata e Sicilia), peraltro associati a marcati incrementi dell'indicatore rispetto all'anno precedente. Il dato relativo alla Sicilia è degno di nota in quanto alla più alta percentuale di Day Hospital del 2003 (56,9%) si associa un forte incremento della stessa rispetto all'anno precedente (+ 29,3%) ed un parallelo aumento dei ricoveri complessivi (+ 10,3%) in presenza di tassi di dimissione 2002 per i DRG più frequenti costantemente superiori al valore nazionale. Tale andamento, a meno che non sottenda l'esigenza di soddisfare un eccesso di domanda di cui comunque andrebbero indagate le cause, può essere segnale di un sovrautilizzo delle strutture di ricovero, sia in regime ordinario che diurno, e/o di una scarsa accessibilità dei servizi ambulatoriali.

Solo 5 regioni (Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Marche e Sardegna) presentano una riduzione della percentuale di ricoveri in DH rispetto all'anno precedente, peraltro con valori dell'indicatore che si attestano stabilmente al di sotto della media nazionale. Poiché queste stesse regioni sono comprese nel gruppo di quelle che hanno registrato una riduzione dei ricoveri superiore alla media e, quasi tutte, avevano all'attivo bassi tassi di ospedalizzazione nel 2002, si può supporre che abbiano avviato adeguate politiche di contrasto del fenomeno dell'appropriatazza dei ricoveri, sia per il regime ordinario che diurno, potenziando contestualmente sia il livello di offerta che l'accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali e distrettuali.

Tabella 1 - Primi 10 DRG medici ad elevato rischio di inappropriatazza – Anni 2002 - 2003

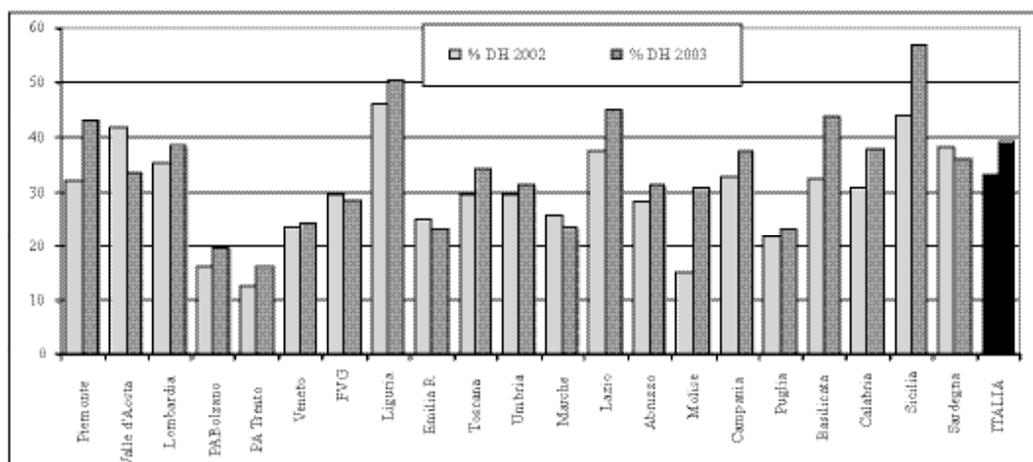
Rango 2002	Rango 2003	DRG
1	1	183 - Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie apparato digerente, età > ai 17 anni
2	2	467 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute
5	3	184 - Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattia apparato digerente, età < ai 17 anni
4	4	134 - Ipertensione
3	5	243 - Affezioni mediche del dorso
6	6	301 - Malattie endocrine senza cc.
8	7	395 - Anomalie dei globuli rossi
7	8	294 - Diabete, età > 35 anni
9	9	284 - Malattie minori della pelle senza cc.
10	10	324 - Calcolosi urinaria senza cc.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

Tabella 2 - Ricoveri e percentuale di utilizzo del Day Hospital per tutti i DRG medici a rischio di inappropriata, per regione - Anni 2002 -2003

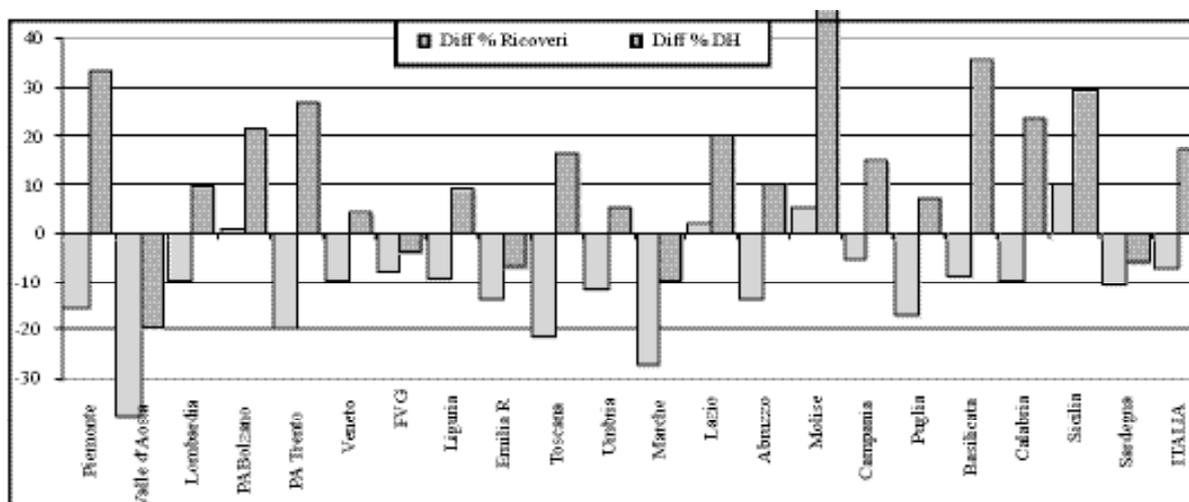
Regioni	Totale ricoveri			% Casi DH		
	2002	2003	Variazione %	2002	2003	Variazione %
Piemonte	67.058	56.713	-15,4	32,2	43,1	33,6
Valle d'Aosta	1.938	1.207	-37,7	41,8	33,7	-19,4
Lombardia	229.703	207.729	-9,6	35,1	38,4	9,5
Bolzano-Bozen	15.091	15.207	0,8	16,1	19,5	21,5
Trento	7.598	6.101	-19,7	12,6	15,9	26,8
Veneto	84.759	76.532	-9,7	23,3	24,2	4,1
Friuli-Venezia Giulia	15.893	14.703	-7,5	29,7	28,5	-4,0
Liguria	58.429	53.054	-9,2	46,1	50,3	9,2
Emilia-Romagna	76.046	65.685	-13,6	24,8	23,1	-7,0
Toscana	74.082	58.147	-21,5	29,3	34,1	16,3
Umbria	23.392	20.712	-11,5	29,7	31,3	5,4
Marche	29.758	21.728	-27,0	25,9	23,4	-9,5
Lazio	171.199	174.070	1,7	37,5	45,1	20,2
Abruzzo	63.028	54.346	-13,8	28,3	31,2	10,2
Molise	11.901	12.529	5,3	15,0	30,6	103,8
Campania	199.048	188.930	-5,1	32,7	37,5	14,9
Puglia	146.093	121.174	-17,1	21,6	23,2	7,5
Basilicata	18.761	17.130	-8,7	32,3	43,7	35,4
Calabria	80.157	72.375	-9,7	30,7	37,9	23,7
Sicilia	228.583	252.113	10,3	44,0	56,9	29,3
Sardegna	64.930	57.940	-10,8	38,1	35,9	-5,9
Italia	1.667.447	1.548.125	-7,2	33,1	38,9	17,4

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

Grafico 1 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital per tutti i DRG medici a rischio di inappropriata, per regione - Anni 2002-2003

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

Grafico 2 - Ricoveri totali e in Day hospital - DRG LEA- Differenza % dei ricoveri totali e in Day Hospital per tutti i DRG medici e a rischio di inappropriatezza, per regione – Anni 2002 – 2003



Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

DRG183 - Esofagite, gastroenterite e miscelanea malattie apparato digerente, età > 17 anni.

Il confronto 2002 - 2003 del livello nazionale mostra una consistente riduzione dei ricoveri complessivi (- 10,3 %) a cui contribuiscono, con una modesta variabilità, la grande maggioranza delle regioni. Molte delle regioni del Centro – Nord (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Trento, Emilia-Romagna, Toscana e Marche) realizzano riduzioni dei ricoveri superiori al valore medio nazionale sebbene presentassero già tassi di ospedalizzazione 2002 decisamente contenuti. Al contrario per quasi tutte le regioni meridionali (Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna) la riduzione dei ricoveri, seppure consistente, insiste su tassi di ospedalizzazione 2002 elevati e costantemente superiori al valore di riferimento. Solo la PA di Bolzano ed il Lazio registrano un lieve aumento dell'ospedalizzazione in coincidenza con significativi incrementi della percentuale di Day Hospital (tabella 3).

La percentuale di ricoveri effettuata in Day Hospital cresce su base nazionale, con un incremento generalizzato sebbene molto variabile da regione a regione, del 16,1% rispetto all'anno precedente e si attesta sul valore del 25,1% del totale dei ricoveri. I valori della percentuale di Day Hospital del 2003 sono molto dispersi intorno alla media (range: 7,5% - 42,1%) con forti variabilità regionali. Quindici regioni presentano valori più bassi del riferimento nazionale e la PA di Bolzano, PA di Trento, Emilia Romagna, Marche e Molise si attestano su valori inferiori al 15%. Solo sei regioni presentano valori superiori alla media nazionale (Valle d'Aosta, Liguria, Lazio, Basilicata, Calabria e Sicilia) e tutte, tranne la Valle d'Aosta, registrano anche sensibili incrementi dell'indicatore rispetto all'anno precedente, non sempre compensati

da una contestuale ed altrettanto marcata riduzione dei ricoveri complessivi. Questa combinazione, peraltro associata a tassi di dimissione 2002 superiori al valore di riferimento, consente di ipotizzare in tali contesti un ricorso eccessivo al ricovero in generale ed un sovrautilizzo delle strutture di ricovero diurno, probabilmente collegato ad una limitata offerta o accessibilità dei servizi ambulatoriali e distrettuali.

Soltanto in quattro regioni, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Puglia, si osserva una riduzione della quota di ricovero in DH rispetto all'anno precedente. Le ultime tre regioni abbinano a tale dato percentuali di ricovero in Day Hospital sensibilmente inferiori al valore di riferimento nazionale e riduzioni o stabilità dei ricoveri complessivi, il che fa supporre che in tali ambiti territoriali vi sia disponibilità di un'adeguata offerta di servizi alternativi all'ospedalizzazione ed al ricovero diurno.

Il Molise, che nel 2002 presentava percentuali di DH assai basse ed un tasso di ospedalizzazione specifico superiore al valore di riferimento, ha notevolmente migliorato il setting assistenziale per le patologie considerate riducendo sensibilmente il numero dei ricoveri (-8,1%) ed aumentando fino al 12,2% i casi gestiti in Day Hospital.

Tabella 3 - Ricoveri e percentuale di utilizzo del Day Hospital con DRG 183: esofagite, gastroenterite e miscelanea malattie apparato digerente, di età 17 anni e oltre, per regione – Anni 2002 -2003

Regioni	Totale ricoveri			% Casi DH		
	2002	2003	Variazione %	2002	2003	Variazione %
Piemonte	5.756	4.777	-17,0	15,6	17,0	9,2
Valle d'Aosta	251	195	-22,3	34,7	32,8	-5,3
Lombardia	21.499	18.395	-14,4	20,6	23,1	12,0
Bolzano-Bozen	1.929	1.976	2,4	8,1	11,2	38,8
Trento	681	558	-18,1	5,0	7,5	50,9
Veneto	10.307	9.614	-6,7	14,6	14,8	1,8
Friuli-Venezia Giulia	1.355	1356	0,1	21,0	17,8	-15,2
Liguria	5.760	5.229	-9,2	34,0	35,6	4,7
Emilia-Romagna	9.382	8.067	-14,0	10,3	9,8	-5,1
Toscana	8.142	6.287	-22,8	15,5	19,8	28,1
Umbria	3.373	3.255	-3,5	18,1	22,5	24,0
Marche	3.382	2.491	-26,3	11,4	14,1	23,2
Lazio	22.132	22.643	2,3	25,9	31,5	21,7
Abruzzo	8.253	6.296	-23,7	11,6	14,0	21,1
Molise	1.549	1.423	-8,1	1,2	12,2	948,3
Campania	26.257	25.163	-4,2	20,3	25,0	23,3
Puglia	20.487	15.989	-22,0	17,5	15,7	-10,1
Basilicata	2.680	2.278	-15,0	21,7	31,2	44,0
Calabria	12.154	10.960	-9,8	28,3	32,3	14,2
Sicilia	27.393	25.550	-6,7	36,4	42,1	15,5
Sardegna	7.491	7.110	-5,1	14,9	15,1	1,1
Italia	200.213	179.612	-10,3	21,6	25,1	16,1

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

Percentuale di utilizzo del DH – DRG 183. Anno 2003



DRG 243: Affezioni mediche del dorso. La riduzione dei ricoveri del livello nazionale è notevole (-12,9%) ed a tale risultato contribuiscono in modo abbastanza omogeneo tutte le regioni. L'unica eccezione è data dalla PA di Bolzano che aumenta il ricorso al ricovero (+9,3%) pur presentando nel 2002 un tasso di ospedalizzazione quasi doppio rispetto al valore di riferimento nazionale ed una percentuale di Day Hospital decisamente bassa. I ricoveri effettuati

in regime diurno presentano un forte incremento rispetto all'anno precedente (+ 20,9%), il valore dell'indicatore a livello nazionale è il 19,6% del totale dei ricoveri. Dodici regioni presentano valori più bassi del riferimento nazionale e nella PA di Trento, Abruzzo, Molise e Puglia si osservano valori inferiori al 10% dei ricoveri totali. In nove regioni si osservano invece valori dell'indicatore superiori al riferimento medio nazionale. Quattro regioni (Valle d'Aosta, PA di Trento, Emilia-Romagna e Sardegna) presentano una riduzione della quota di ricovero in DH rispetto all'anno precedente associando a tale dato (come peraltro la Lombardia, Friuli-Venezia-Giulia e Marche), percentuali di ricovero in Day Hospital sensibilmente inferiori al valore medio, consistenti riduzioni dei ricoveri complessivi e, tranne la Sardegna, tassi di dimissione 2002 inferiori al valore di riferimento nazionale. Tale combinazione di risultati lascia supporre che in queste regioni siano state adottate con successo misure volte ad assicurare percorsi diagnostici e terapeutici alternativi sia al ricovero tradizionale che al ricovero diurno. La regione Abruzzo, che nel 2002 presentava il più elevato tasso di dimissione DRG specifico (48,3 per 10.000 abitanti, oltre il doppio della media nazionale), ha ottenuto una riduzione del 16,5% dei ricoveri, ma ha incrementato di pochissimo la già bassa percentuale di trasferimento in Day Hospital (da 8,2% a 8,4%), segno abbastanza evidente che per le patologie considerate lo sviluppo di servizi alternativi al tradizionale ricovero ospedaliero risulta ancora insufficiente.

Tabella 4 - Ricoveri e percentuale di utilizzo del Day Hospital con DRG 243: affezioni mediche del dorso, per regione – Anni 2002 -2003

Regioni	Totale ricoveri			% Casi DH		
	2002	2003	Variazione %	2002	2003	Variazione %
Piemonte	5.913	5.369	-9,2	30,3	34,8	15,1
Valle d'Aosta	204	156	-23,5	22,6	19,2	-14,7
Lombardia	14.783	11.821	-20,0	11,5	14,1	22,0
Bolzano-Bozen	1.969	2.152	9,3	11,2	13,2	17,7
Trento	785	638	-18,7	2,9	2,5	-14,3
Veneto	7.656	6.952	-9,2	19,3	23,7	22,9
Friuli-Venezia Giulia	1.242	1.190	-4,2	14,5	19,4	34,0
Liguria	4.210	3.631	-13,8	25,5	28,8	13,2
Emilia-Romagna	6.619	5.871	-11,3	13,6	12,9	-5,2
Toscana	6.783	5.333	-21,4	14,5	20,0	38,2
Umbria	2.296	1.860	-19,0	22,7	23,5	3,7
Marche	2.498	1.960	-21,5	5,4	10,0	84,3
Lazio	12.828	11.462	-10,6	25,0	30,5	22,1
Abruzzo	6.498	5.429	-16,5	8,2	8,4	3,2
Molise	1.256	1.127	-10,3	3,9	9,9	152,6
Campania	11.425	11.037	-3,4	22,4	26,3	17,3
Puglia	14.344	11.646	-18,8	0,8	1,0	20,5
Basilicata	1.665	1.335	-19,8	15,2	19,7	29,6
Calabria	6.775	5.251	-22,5	8,4	12,8	51,2
Sicilia	16.267	15.733	-3,3	25,0	28,5	14,3
Sardegna	5.613	4.722	-15,9	16,5	15,0	-8,7
Italia	131.629	114.675	-12,9	16,2	19,6	20,9

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

Percentuale di utilizzo del Day Hospital – DRG 243. Anno 2003



DRG 134 – Ipertensione. A livello nazionale il numero complessivo dei ricoveri si riduce del 10,7% con un diverso ma positivo contributo di quasi tutte le regioni. La percentuale di ricoveri effettuata in Day Hospital presenta un incremento generalizzato (+14,4% rispetto al 2002 per il livello nazionale) e molto variabile da regione a regione. Il valore medio nazionale dell'indicatore si attesta sul 52,7 % del totale dei ricoveri, la distribuzione dei valori è molto diso-

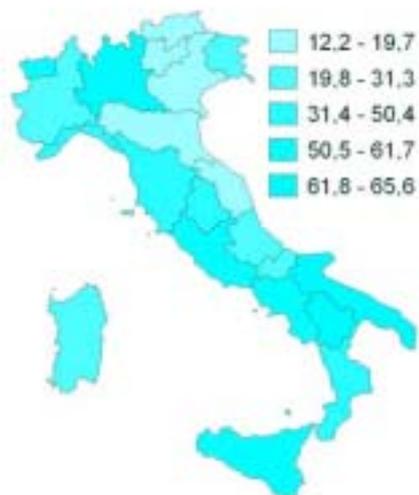
mogenea ed il range elevatissimo (12,2% – 65,6%). Quattordici regioni presentano valori più bassi del riferimento nazionale e la PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto e Marche registrano valori inferiori al 15%. Sette regioni presentano valori superiori alla media nazionale (Valle d'Aosta, Lombardia, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata e Sicilia) e tutte, tranne la Valle d'Aosta, registrano anche sensibili incrementi dell'indicatore rispetto all'anno precedente. Questi dati fanno ipotizzare un sovrautilizzo delle strutture di ricovero diurno e a tale riguardo è degno di nota il risultato del Lazio che, oltre ad incrementare dal 44,1 al 56,8 la percentuale di Day Hospital, registra anche un leggero aumento del numero complessivo dei ricoveri sebbene nel 2002 presentasse un tasso di dimissione già superiore al valore di riferimento. Soltanto in quattro regioni (Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Marche ed Abruzzo) si osserva una riduzione della quota di ricovero in DH rispetto all'anno precedente. Emilia-Romagna e Marche abbinano a tale dato percentuali di ricovero in Day Hospital molto inferiori al valore di riferimento nazionale, forti riduzioni dei ricoveri complessivi e basso tasso di ospedalizzazione, segno inequivocabile che per la patologia considerata sono stati definiti ed attivati percorsi diagnostico terapeutici extradegenza con una adeguata offerta dei relativi servizi.

Tabella 5 - Ricoveri e percentuale di utilizzo del Day Hospital con DRG 134: ipertensione, per regione – Anni 2002 -2003

Regioni	Totale ricoveri			% Casi DH		
	2002	2003	Variazione %	2002	2003	Variazione %
Piemonte	2.377	1.974	-17,0	31,3	31,3	0,0
Valle d'Aosta	117	45	-61,5	57,3	53,3	-6,9
Lombardia	13.574	11.874	-12,5	58,3	65,1	11,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>512</i>	<i>490</i>	<i>-4,3</i>	<i>6,1</i>	<i>12,7</i>	<i>109,1</i>
<i>Trento</i>	<i>365</i>	<i>324</i>	<i>-11,2</i>	<i>6,3</i>	<i>14,2</i>	<i>125,4</i>
Veneto	4.497	3.634	-19,2	11,6	12,2	4,8
Friuli-Venezia Giulia	757	761	0,5	22,9	23,7	3,5
Liguria	3.419	2.838	-17,0	49,7	50,4	1,5
Emilia-Romagna	3.207	2.594	-19,1	24,5	19,7	-19,3
Toscana	3.775	2.345	-37,9	30,6	41,2	34,9
Umbria	1.129	971	-14,0	31,4	32,3	3,1
Marche	1.777	1.095	-38,4	27,2	14,3	-47,7
Lazio	13.757	13.912	1,1	44,1	56,8	28,6
Abruzzo	5.494	4.671	-15,0	32,7	31,3	-4,3
Molise	914	1.057	15,6	2,1	22,8	996,2
Campania	21.714	19.451	-10,4	54,8	61,7	12,6
Puglia	20.594	18.321	-11,0	58,4	62,4	6,9
Basilicata	1.773	1.652	-6,8	43,5	65,6	50,6
Calabria	10.301	8.627	-16,3	40,7	48,7	19,7
Sicilia	16.051	16.044	0,0	51,8	59,0	14,0
Sardegna	3.322	2.860	-13,9	17,8	21,1	18,1
Italia	129.426	115.540	-10,7	46,1	52,7	14,4

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

Percentuale di utilizzo del Day Hospital – DRG 134. Anno 2003



Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'analogha scheda del Rapporto Osservasalute 2004 sono stati suggeriti i possibili obiettivi di programmazione che le diverse regioni avrebbero dovuto porsi rispetto all'analisi condotta. In sintesi le variabili allora considerate, tasso di dimissione e percentuale di trasferimento in Day Hospital per i DRG ad elevato rischio di inappropriatazza, individuavano situazioni di performance adeguata (basso tasso di dimissione e

elevata % di DH), situazioni intermedie in cui uno dei due indicatori non risultava allineato ai valori di riferimento e situazioni francamente anomale, in cui entrambi i parametri considerati si discostavano notevolmente dai valori medi nazionali. Le indicazioni poste al fine di perseguire un effettivo miglioramento del setting assistenziale riguardavano essenzialmente interventi volti alla riduzione della domanda di ricovero ed al progressivo trasferimento dell'attività di degenza ordinaria in Day Hospital. Si faceva altresì cenno alla necessità di disporre di maggiori informazioni rispetto all'offerta ed all'accessibilità dei servizi ambulatoriali al fine di valutare compiutamente i determinanti dell'inappropriatazza dei ricoveri.

Le raccomandazioni poste lo scorso anno sono ancora attuali e mantengono intera la loro validità, specie per quelle situazioni limite che nel frattempo non hanno ancora avviato efficaci azioni correttive. Dall'analisi svolta in questa sede risulta evidente che, a distanza di due anni, le indicazioni poste dal DPCM 9/11/2001 sono state in larga massima rispettate e, poiché il trend generale rilevato rispecchia fedelmente le indicazioni della programmazione, si può prevedere che il consolidamento delle azioni avviate nelle diverse realtà produca in prospettiva ulteriori risultati positivi.

Il confronto fatto sui dati 2002-2003 aggiunge peraltro nuovi elementi di valutazione in quanto in alcune regioni sembra che non sia più logico perseguire obiettivi di trasferimento dell'attività di ricovero ordinario in DH e di incremento della quota di ricovero in tale sede. Infatti, avendo già in parte agito sulla

domanda e sulla struttura dell'offerta, diverse realtà registrano Tassi di Ospedalizzazione bassissimi, costanti decrementi dell'attività di DH per i DRG considerati e sembrano avere aperto un nuovo fronte che pone il livello di assistenza ambulatoriale al centro dei percorsi diagnostici e terapeutici, anche per prestazioni di una certa complessità.

Tali nuove evidenze suggeriscono l'utilità di perseguire ulteriori ipotesi di analisi e di programmazione.

In termini di analisi, oltre ai parametri studiati e per rendere più robuste le valutazioni a livello delle singole realtà, sarebbe opportuno considerare anche i TO al netto dei ricoveri di un giorno in DO e DH, valutare meglio la natura di tali accessi, per lo più diagnostici, ed avviare anche solo localmente rilevazioni omogenee almeno sulle tipologie di attività di diagnostica ambulatoriale che possono avere un impatto positivo sul fronte dell'appropriatezza dei ricoveri.

In termini di programmazione occorre che sia concretamente recepita la recente indicazione della Conferenza Stato Regioni che abbassa a 180 per 1000 abitanti il tasso di ospedalizzazione generale e che sia valutata l'opportunità che in tutte le regioni il DH medico sia sempre più sostituito da modelli di organizzazione dell'assistenza ambulatoriale del tipo Day Service, quale livello di erogazione delle prestazioni maggiormente appropriato rispetto al ricovero (vedi Box "Il Day Service ambulatoriale in Emilia-Romagna). In una prospettiva di progressiva deospedalizzazione di alcune patologie, con la garanzia di adeguate condizioni organizzative, potrebbe peraltro essere opportuno prevedere riduzioni tariffarie per le prestazioni erogate in regime di Day Hospital medico, in modo da incentivare il ricorso a modelli di erogazione meno onerosi ed altrettanto efficaci riguardo la qualità dell'assistenza erogata.

Ricoveri di un giorno per DRG medici

Significato. I ricoveri ordinari con degenza di un solo giorno rappresentano un importante aspetto dell'inappropriato uso dell'ospedale e sono nella maggioranza dei casi espressione di imperfette valutazioni cliniche, di anomalie organizzative o di modelli assistenziali ancora troppo centrati sulla rete dei servizi ospedalieri piuttosto che su quella dei servizi territoriali alter-

nativi al ricovero. La percentuale di ricoveri medici di un giorno è un indicatore di processo che consente di orientare l'analisi dell'appropriato uso della degenza ordinaria sia che il fenomeno riguardi la gestione degli accessi urgenti avviati al ricovero dal Pronto Soccorso ovvero la correttezza delle indicazioni poste per i ricoveri programmati di tipo internistico.

Percentuale delle dimissioni con DRG medico in degenza ordinaria con un solo giorno di degenza

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore: Dimissioni con DRG medico con 1 solo giorno di degenza
 Denominatore: Totale dimissioni con DRG medico

Validità e limiti. L'indicatore considera insieme sia i ricoveri urgenti che i ricoveri programmati con un solo giorno di degenza. Ai primi vanno ascritti casi che hanno ricevuto per vari motivi un'insufficiente valutazione clinica all'atto dell'accettazione in Pronto Soccorso e casi per i quali il ricorso ai servizi di urgenza si rende necessario per carenze nell'offerta o nell'accesso ai servizi erogati dai Medici di Medicina Generale o ai poli diagnostici e/o terapeutici extraospedalieri. Questa ultima condizione e le liste di attesa per indagini diagnostiche rappresentano le cause più frequenti del ricorso a ricoveri programmati che si esauriscono con una sola giornata di degenza. Dai ricoveri di un giorno sono esclusi quelli relativi ai pazienti deceduti ed ai trasferiti in altri ospedali per il

proseguimento delle cure (circa il 14%) in quanto si presume che in entrambe le situazioni le scelte assistenziali attuate siano condizionate da fattori non direttamente correlati ai modelli organizzativi adottati per contrastare il fenomeno dell'appropriatezza dei ricoveri. Sono invece compresi i ricoveri di un solo giorno effettuati nelle strutture di degenza annesse ai servizi di Pronto Soccorso che svolgono funzioni di Medicina d'urgenza o Astanteria e pertanto occorre tenere conto di questo limite nell'interpretazione e nella valutazione dei dati.

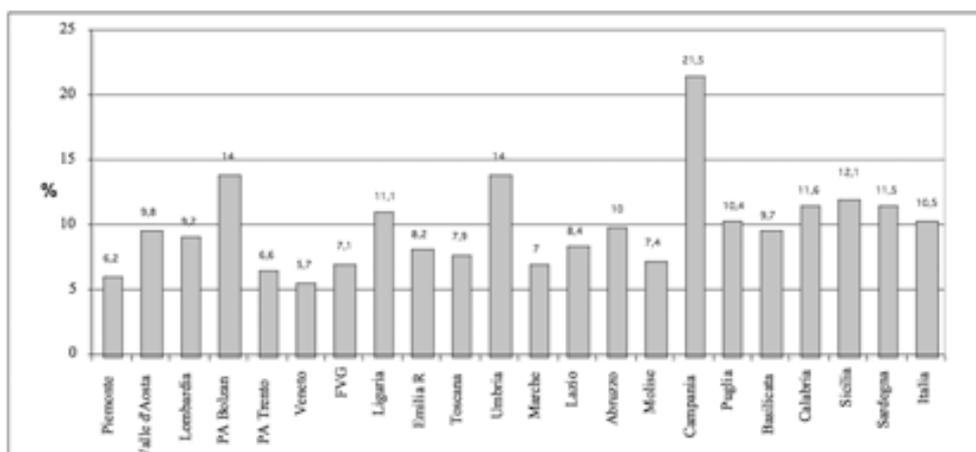
Benchmark. Il valore medio nazionale può essere assunto come riferimento per individuare le migliori performance. Il valore medio delle cinque regioni con

Tabella 1 - Dimissioni con DRG medico in regime ordinario, per regione (Dimessi con 1 solo giorno di degenza, deceduti e trasferiti con un solo giorno di degenza, percentuale) – Anno 2003

Regioni	Dimessi	Deceduti e trasferiti	Totale ricoveri	%
Piemonte	18.736	5.503	300.927	6,2
Valle d'Aosta	1.005	168	10.260	9,8
Lombardia	74.943	11.788	817.966	9,2
Bolzano-Bozen	8.195	839	58.598	14,0
Trento	2.818	906	42.706	6,6
Veneto	23.079	6.539	406.958	5,7
Friuli-Venezia Giulia	7.060	2.160	99.562	7,1
Liguria	18.624	2.987	168.333	11,1
Emilia-Romagna	31.801	7.516	385.772	8,2
Toscana	25.982	5.722	328.012	7,9
Umbria	11.990	1.362	85.927	14,0
Marche	9.870	2.499	141.113	7,0
Lazio	45.913	12.540	545.773	8,4
Abruzzo	17.874	1.936	179.422	10,0
Molise	3.055	515	41.187	7,4
Campania	130.285	7.382	606.536	21,5
Puglia	50.566	4.750	484.523	10,4
Basilicata	5.514	633	56.992	9,7
Calabria	26.265	2.042	226.741	11,6
Sicilia	71.753	4.961	591.174	12,1
Sardegna	21.019	2.451	183.542	11,5
Italia	606.347	85.199	5.762.024	10,5

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

Grafico 1 - Percentuale delle dimissioni con DRG medico con un solo giorno di degenza in regime ordinario, per regione – Anno 2003



Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

i valori più bassi di ricoveri medici di un giorno (6,5%) fornisce una misura concreta delle reali possibilità di contrastare il fenomeno.

Descrizione dei risultati

A livello nazionale i ricoveri medici di un giorno effettuati in degenza ordinaria sono oltre 600 mila, il 10,5 % del totale dei ricoveri di tipo internistico (tabella 1 e grafico 1).

Il range è molto ampio, compreso tra il 5,7% del Veneto e il 21,5% della Campania. Sette regioni (PA Bolzano, Liguria, Umbria, Calabria, Campania, Sardegna e Sicilia) presentano percentuali di ricoveri medici di un giorno in Degenza Ordinaria superiori alla media nazionale e tutte le altre 14 inferiori.

Tutte le regioni con valori dell'indicatore superiori o prossimi alla media nazionale fanno registrare (con l'eccezione dell'Umbria) anche elevati tassi di ospedalizzazione, a conferma del forte contributo fornito dai ricoveri potenzialmente inappropriati agli scostamenti rilevati, specie nelle regioni del Sud, per tale importante parametro della programmazione ospedaliera. Il dato della Campania, emblematico in quanto più di un ricovero di tipo internistico ogni cinque si conclude con una degenza di un solo giorno, dovrebbe essere ulteriormente indagato per comprendere se tale eccesso di ospedalizzazione impropria sia da ascrivere ad un insufficiente azione di filtro dei servizi di urgenza, ad un improprio utilizzo della degenza ordinaria per eseguire accertamenti ed attività assistenziali proprie del livello ambulatoriale distrettuale e del Day Hospital, ovvero ad entrambi i fattori.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'elevatissimo numero di ricoveri medici di un giorno effettuati in regime di Degenza Ordinaria incide in

modo rilevante sul tasso di ospedalizzazione del livello nazionale (circa 215 ricoveri per 1.000 abitanti nel 2003) e soprattutto di quelle regioni che presentano entrambi tali parametri superiori ai valori di riferimento. Contrastare tale aspetto dell'inappropriato uso della degenza ordinaria, oltre che contribuire a ridurre il tasso di ospedalizzazione entro il limite complessivo di 180 ricoveri per 1.000 abitanti fissato dalle recenti linee di programmazione nazionale, può consentire, senza modificare nella sostanza i livelli prestazionali ed assistenziali assicurati ai cittadini, un migliore utilizzo delle risorse disponibili e la valorizzazione del ruolo dell'ospedale come luogo deputato a fornire risposte assistenziali a problemi di salute complessi caratterizzati da acuzie e gravità. Il fenomeno descritto è certamente dipendente dal comportamento dei clinici ma quasi sempre concorrono caratteristiche non fisiologiche del contesto organizzativo di riferimento, anomalie del sistema dell'offerta di servizi e spesso anche politiche tariffarie regionali che non favoriscono i comportamenti virtuosi e/o penalizzano in modo insufficiente l'inappropriato uso della degenza ordinaria. La correzione di queste anomalie impone alle regioni di attuare specifici sistemi di monitoraggio e promuovere ulteriormente, in coerenza con le indicazioni del DPR 29 novembre 2001 sui LEA, programmi finalizzati agli obiettivi di appropriatezza, allo sviluppo della rete dei servizi territoriali, alla loro effettiva integrazione con il livello ospedaliero e alla definizione, con il coinvolgimento dei clinici, di adeguati percorsi diagnostico terapeutici. Inoltre, nei casi limite, sembra logico proporre l'introduzione di forti disincentivi economici per contrastare i comportamenti francamente anomali, nonché l'artificiosa induzione della domanda.

Dimissioni ospedaliere

Significato. Il tasso di ospedalizzazione (o di dimissioni ospedaliere) fornisce una misura di propensione al ricovero ospedaliero della popolazione oggetto di studio. Si calcola come rapporto fra il numero di ricoveri ospedalieri, ovunque effettuati, relativi a soggetti residenti in una data regione e la complessiva popolazione ivi residente. L'indicatore include i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto, perché intende esprimere l'entità della domanda di ricovero. Pertanto, se un paziente viene ricoverato più volte durante l'anno, sarà conteggiato tante volte quanti sono stati gli episodi di ricovero nel corso dell'anno. Il tasso di ospedalizzazione viene solitamente elaborato per ciascuna modalità di ricovero, ovvero sia per il regime di ricovero ordinario che per il regime di ricovero diurno, comprensivo del Day Hospital medico e chirurgico, o Day Surgery. In tal modo l'indicatore consente di

descrivere il ricorso alle diverse modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera e di cogliere, nelle analisi temporali, gli eventuali spostamenti della casistica ospedaliera da un *setting* assistenziale all'altro.

È importante sottolineare che l'indicatore misura la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dai servizi sanitari, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle inappropriate in ambito ospedaliero, e comprende quindi anche una quota di ospedalizzazione determinata da inefficienze dell'assistenza ospedaliera e da carenze dell'assistenza territoriale. D'altra parte, l'indicatore non consente di analizzare la domanda "insoddisfatta", dovuta, in taluni contesti, alla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie e rappresentativa di un bisogno di salute percepito ed espresso dalla popolazione.

Tasso di dimissioni ospedaliere

Numeratore	Dimissioni ospedaliere di residenti nella regione ¹	
	_____	x 1.000
Denominatore	Popolazione residente nella regione all'inizio dell'anno	

¹effettuate nell'anno

Validità e limiti. L'indicatore è stato calcolato considerando le dimissioni per acuti, in riabilitazione ed in lungodegenza effettuate dalle strutture pubbliche e private accreditate, presenti sul territorio nazionale. Sono stati esclusi i ricoveri dei neonati sani e dei soggetti non residenti in Italia. Qualche cautela va prestata nei confronti dei tassi di ospedalizzazione in regime di Day Hospital: ci sono alcune diversità, da una regione all'altra, nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi all'ospedalizzazione in regime diurno.

Il fenomeno dell'ospedalizzazione risulta notevolmente correlato all'età del paziente, pertanto, al fine di confrontare la propensione al ricovero nei diversi contesti regionali, è stato calcolato, accanto al tasso grezzo, il tasso di ospedalizzazione standardizzato. Il metodo di standardizzazione adottato è quello "diretto", detto anche della "popolazione tipo". Con riferimento alla popolazione italiana rilevata con il censimento 2001, sono stati calcolati i tassi di ospedalizzazione regionali standardizzati, in cui risulta quindi corretto l'effetto della variabilità regionale determinata dalla diversa composizione per età nelle singole regioni.

Valore di riferimento/Benchmark. L'Intesa tra Stato, Regioni e Province Autonome sancita il 23 marzo 2005 (art. 4 comma 1 punto b) ha fissato quale

obiettivo da raggiungere, entro il 2007, il mantenimento del tasso di ospedalizzazione complessivo per ricoveri entro il valore di 180 per mille residenti, di cui un 20% relativo ai ricoveri in regime diurno. Potrà essere raggiunto potenziando forme assistenziali alternative al ricovero ospedaliero ed il trasferimento dal regime ordinario a quello diurno di alcune prestazioni sanitarie.

Descrizione dei risultati

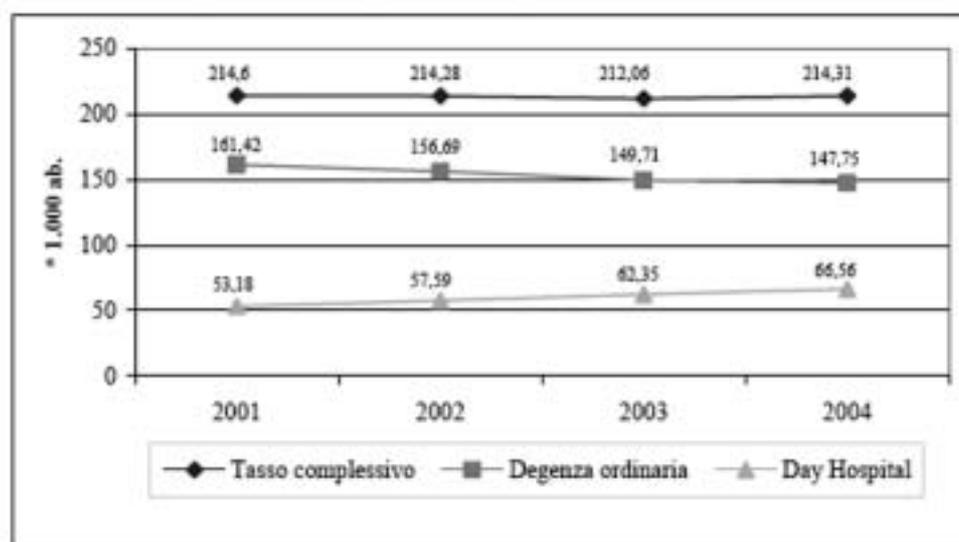
Nel 2004 il tasso grezzo di ospedalizzazione a livello nazionale è 147,75 per 1.000 abitanti in modalità ordinaria e 66,56 in modalità di Day Hospital. L'analisi dei valori temporali conferma una riduzione del ricovero in regime ordinario, -1,3% rispetto al 2003 e -4,5% tra il 2003 e il 2002.

Per contro, si rileva un incremento dell'ospedalizzazione in regime diurno, +6,8 rispetto al 2003 e +8,6% l'incremento registrato nel 2003 rispetto al 2002.

Nel 2004 la riduzione dell'ospedalizzazione in regime ordinario si manifesta in tutte le regioni, ad eccezione di Abruzzo (+1,9%) e Molise (+3,7%); in Campania (+0,3%) non si registrano sensibili variazioni. Per quanto riguarda l'attività di Day Hospital l'incremento si rileva in quasi tutte le regioni, in particolare in Liguria e Sicilia l'incremento rispetto al 2003 supera il 13%.

Si nota una riduzione di questa modalità di ricovero in

Grafico 1 - Tasso grezzo di ospedalizzazione (tassi per 1.000 abitanti) - Anni 2001-2004



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute-SDO 2001-2004. Anno 2006.

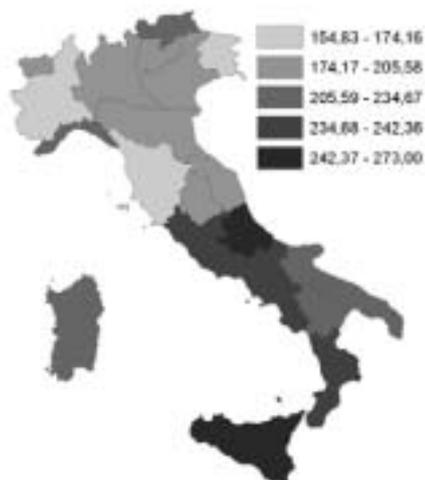
Tabella 1 - Dimissioni ospedaliere per regime di ricovero e regione di residenza (Tassi grezzi e standardizzati per 1.000 abitanti) – Anno 2004

Regioni	Regime ordinario		Day Hospital		Totale	
	Tasso grezzo	Tasso std*	Tasso grezzo	Tasso std*	Tasso grezzo	Tasso std*
Piemonte	120,05	113,52	63,62	60,64	183,67	174,16
Valle d'Aosta	132,73	129,25	56,07	54,42	188,80	183,67
Lombardia	146,28	144,78	61,72	60,79	208,00	205,58
Bolzano-Bozen	159,66	167,63	45,25	46,19	204,91	213,82
Trento	132,62	132,14	55,91	55,73	188,53	187,87
Veneto	128,14	126,92	57,75	57,15	185,89	184,07
Friuli-Venezia Giulia	126,59	116,00	40,28	38,83	166,87	154,83
Liguria	145,45	128,99	104,24	97,37	249,70	226,36
Emilia-Romagna	143,29	131,67	53,38	50,51	196,67	182,18
Toscana	124,13	113,46	53,31	52,00	177,44	165,47
Umbria	134,31	124,96	68,34	65,23	202,65	190,20
Marche	144,24	135,50	48,02	45,81	192,26	181,31
Lazio	156,83	156,80	85,80	85,57	242,64	242,36
Abruzzo	206,30	199,97	70,70	69,94	277,00	269,91
Molise	185,58	179,98	56,33	56,16	241,91	236,14
Campania	154,95	167,36	71,72	74,89	226,67	242,26
Puglia	165,25	172,22	42,06	43,81	207,31	216,03
Basilicata	145,67	146,97	65,55	66,17	211,22	213,14
Calabria	167,06	173,07	62,20	63,70	229,27	236,76
Sicilia	161,62	166,23	104,41	106,78	266,03	273,00
Sardegna	160,50	166,48	67,28	68,20	227,78	234,67
Italia	147,75	146,22	66,56	66,05	214,31	212,28

* La standardizzazione è stata calcolata utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione residente al Censimento 2001.

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2004 – Anno 2006.

Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per regime di ricovero e regione. Anno 2004



Veneto (-4,2%), Friuli-Venezia Giulia (-1,8%), Emilia-Romagna (-4,7%), mentre nelle Marche (-0,2%) non si registra alcuna sostanziale variazione. Relativamente alle differenze territoriali è evidente un gradiente geografico nei tassi di ospedalizzazione per ricovero ordinario, che risultano più elevati nelle regioni dell'area meridionale ed insulare del paese e minori nelle regioni settentrionali, con l'eccezione della PA di Bolzano. In particolare, i tassi standardizzati di ospedalizzazione in degenza ordinaria risultano maggiori in Abruzzo (199,97), Molise (179,98), Calabria (173,07), Puglia (172,22), mentre i valori più contenuti sono in Toscana (113,43), Piemonte (113,52) e Friuli-Venezia Giulia (116). Il valore nazionale del tasso standardizzato si attesta a 146,22 per 1.000 abitanti.

Per quanto riguarda l'attività in regime diurno non è altrettanto evidenziabile un particolare gradiente geografico. I tassi standardizzati oscillano da 38,83 a 106,78 (Sicilia). Si rammenta, a tal riguardo, che esistono diversità regionali, nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi all'ospedalizzazione in regime diurno.

Il confronto con il parametro di riferimento, indicato

dall'Intesa del 23 marzo 2005, di 180‰ senza distinzione della modalità di degenza, evidenzia una frequenza del ricorso all'ospedalizzazione ancora troppo elevata in molte regioni. Fanno eccezione il Piemonte, Friuli-Venezia Giulia e la Toscana, i cui tassi standardizzati complessivi risultano al di sotto del parametro di riferimento.

Raccomandazioni di Osservasalute

I più recenti piani sanitari, nazionali e regionali, propongono una revisione della rete ospedaliera esistente, ponendo, quale obiettivo prioritario, un riequilibrio tra i livelli di assistenza sanitaria. A tal fine è auspicata una riallocazione delle risorse (dalla cura alla prevenzione, dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale), un incremento del ricovero diurno, l'introduzione di interventi riabilitativi e di lungodegenza in ambito residenziale e domiciliare, una programmazione sanitaria volta all'abbattimento dei tempi di attesa e l'adozione di sistemi di valutazione circa l'appropriatezza della modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

La riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri, anche se risulta già avviata da alcuni anni, in particolare a seguito del DPCM del 29 novembre 2001 di definizione dei livelli di assistenza, è ancora piuttosto contenuta. I provvedimenti emanati nel 2001 per la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri hanno determinato un trasferimento di alcune prestazioni sanitarie in Day Hospital/Day Surgery con la conseguente contrazione del numero di ricoveri in degenza ordinaria. Contemporaneamente, però, si è anche verificato un incremento, in alcuni casi significativo, della domanda per cui è necessario monitorare nel tempo il processo di ospedalizzazione, al fine di produrre misure correttive adeguate per la razionalizzazione della rete ospedaliera ed un'efficace integrazione della stessa con i servizi sanitari territoriali.

Questi interventi di programmazione sanitaria devono essere accompagnati da una costante comunicazione con la popolazione, affinché siano chiare le finalità delle azioni intraprese, in termini di efficacia ed appropriatezza delle prestazioni erogate, nonché di competenze dei vari ambiti assistenziali, ospedaliero e territoriale, rispetto alla diversità delle patologie e dei pazienti presi in carico.

Dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività

Significato. Quando si analizza il ricorso alle prestazioni sanitarie, l'età del paziente rappresenta un fattore demografico estremamente significativo. Il bisogno di salute varia in relazione all'età e quindi anche l'entità della domanda di prestazioni sanitarie ospedaliere, in termini di ospedalizzazione. In particolare la tipologia di assistenza ospedaliera erogata (acuzie, riabilitazione o lungodegenza) risente fortemente del-

le caratteristiche demografiche della popolazione e ciò è da attribuire, in parte, all'organizzazione dell'offerta di prestazioni sanitarie presso strutture assistenziali di pertinenza territoriale.

I tassi di ospedalizzazione, calcolati a livello regionale, per classi di età e per tipologia di assistenza erogata, consentono di evidenziare il fenomeno ed eventuali differenze geografiche.

Tasso di dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere di residenti nella regione}^1, \text{ per classi di età, per tipo di attività}^2}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente nella regione all'inizio dell'anno}} \times 1.000$$

¹ovunque effettuate nell'anno

²regime di degenza ordinario, distintamente nei reparti di attività per acuti, riabilitazione e lungodegenza

Validità e limiti. Le schede di dimissione ospedaliera, considerate nel calcolo dell'indicatore, sono relative alle dimissioni effettuate, in regime di ricovero ordinario, nel corso dell'anno 2004, dagli istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati con il servizio sanitario nazionale. Sono state escluse le dimissioni dei neonati sani, dei pazienti non residenti in Italia e di coloro cui non è stato possibile calcolare l'età, per la presenza di errori nella data di nascita e/o data di ricovero.

È opportuno precisare che nella banca dati complessiva possono essere presenti più schede di dimissione relative al medesimo paziente, con riferimento ad un episodio di ricovero: infatti, se un paziente viene trasferito, all'interno di uno stesso istituto, da una tipologia di attività ad un'altra (ad esempio da un reparto per acuti ad uno di riabilitazione), o da una modalità di ricovero all'altra (dal Day Hospital al regime ordinario e viceversa) devono essere compilate due schede di dimissione, una per ciascuna tipologia di attività erogata o regime di ricovero.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per il tasso di ospedalizzazione specifico per classi di età. Il confronto dei tassi specifici regionali con quello nazionale consente di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero nelle diverse classi di età.

Descrizione dei risultati

Le tabelle mostrano la distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione specifici per classi di età,

distintamente per le varie tipologie di attività ospedaliera (acuti, riabilitazione, lungodegenza).

Per quanto riguarda i ricoveri ordinari nelle discipline per acuti (tabella 1 e grafico 1), in tutte le regioni i valori più alti si evidenziano nelle classi di età estreme, ovvero nei dimessi di età inferiore a 1 anno e superiore a 75 anni. Si osserva inoltre che il tasso di ospedalizzazione per i soggetti con età compresa fra 65 e 74 anni è mediamente più elevato nelle regioni del Sud rispetto alle regioni centro-settentrionali del paese.

Relativamente all'attività di riabilitazione (tabella 2) sono state considerate classi di età più ampie, perché vi ricorrono più frequentemente pazienti anziani. In particolare si osserva come il tasso di ospedalizzazione assuma i valori più elevati per la classe degli ultrasettantacinquenni e con una considerevole variabilità tra le regioni. Ciò è certamente da attribuire alla diversa progettazione sia delle reti ospedaliere che dei servizi territoriali, anche in termini di dotazione di strutture specializzate nell'assistenza riabilitativa.

Per quanto riguarda l'attività di lungodegenza (tabella 3), il tasso di ospedalizzazione assume valori di rilievo per la classe di età estrema, che comprende gli anziani con età maggiore o uguale a 75 anni. Anche per questo tipo di assistenza, come per la riabilitazione, emergono notevoli differenze geografiche. I tassi di ospedalizzazione mostrano un'attività di lungodegenza quasi inesistente in Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Liguria e Umbria, mentre i valori più elevati della distribuzione sono in Emilia-Romagna (44,2 per 1.000 residenti), Trento (30,8) e Bolzano (28,0).

Tabella 1 - Dimissioni ospedaliere in regime ordinario per acuti, per classi di età e regione di residenza (tassi per 1.000 abitanti) – Anno 2004

Regioni	< 1 anno	1 - 14 anni	15 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	>=75 anni
Piemonte	550,85	53,83	73,95	91,97	178,52	255,88
Valle D'Aosta	258,49	52,30	88,73	118,14	226,83	324,02
Lombardia	607,21	65,22	90,88	121,07	240,08	341,64
Bolzano-Bozen	546,88	75,92	95,24	136,40	279,00	490,76
Trento	373,55	42,98	80,53	104,20	214,37	342,35
Veneto	426,71	46,33	78,65	101,77	215,63	346,19
Friuli-Venezia Giulia	382,70	31,62	73,24	100,32	208,69	351,78
Liguria	604,23	57,96	88,90	107,83	202,57	318,94
Emilia-Romagna	431,25	61,83	85,62	106,83	208,05	334,70
Toscana	439,67	43,91	73,41	92,08	195,47	321,81
Umbria	544,57	65,42	84,12	104,75	207,57	312,35
Marche	449,04	68,31	86,25	114,37	229,53	353,86
Lazio	565,22	74,34	100,67	132,83	261,62	387,41
Abruzzo	664,07	93,47	126,84	176,40	333,21	462,95
Molise	685,63	85,10	111,10	173,28	305,82	414,95
Campania	463,58	74,62	109,29	156,98	301,37	367,79
Puglia	647,07	84,33	111,41	154,24	298,93	397,97
Basilicata	520,73	57,20	90,98	136,79	270,37	354,12
Calabria	513,99	73,20	106,85	165,24	314,41	399,54
Sicilia	619,22	91,71	103,52	153,93	297,21	375,50
Sardegna	592,86	71,16	104,49	148,09	303,68	444,62
Italia	536,17	68,30	94,10	125,86	246,49	352,42

* La standardizzazione è stata calcolata utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione residente al Censimento 2001.

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2004 – Anno 2006.

Dimissioni ospedaliere in regime ordinario per acuti, per classe di età < 1 anno e regione. Anno 2004

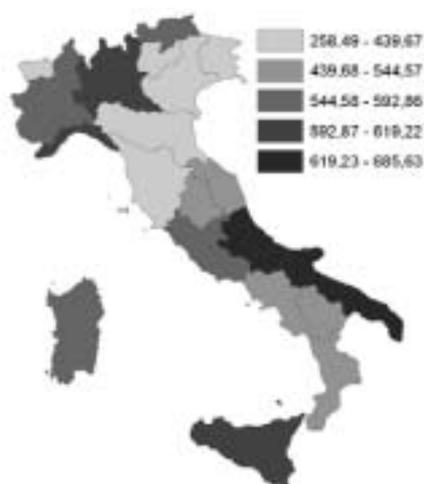
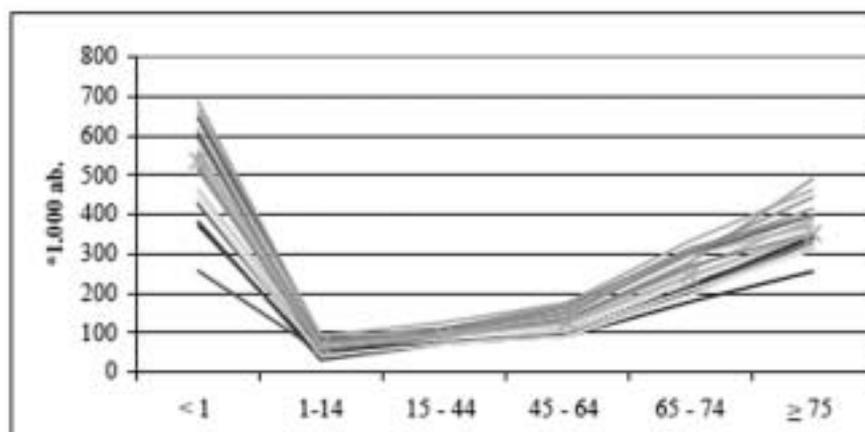


Grafico 1 - Tasso di dimissioni ospedaliere per acuti in regime ordinario per età (tassi per 1.000 abitanti) - Anno 2004

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2001-2004. Anno 2006.

Tabella 2 - Dimissioni ospedaliere in regime ordinario per riabilitazione, per classi età e regione di residenza (tassi per 1.000 abitanti) – Anno 2004

Regioni	0 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	>=75 anni
Piemonte	1,0	5,7	18,0	24,1
Valle D'Aosta	0,7	3,8	11,5	5,9
Lombardia	1,5	7,6	24,4	36,3
Bolzano-Bozen	0,4	3,8	12,7	27,2
Trento	1,4	9,1	26,6	30,0
Veneto	0,7	4,2	14,5	19,4
Friuli-Venezia Giulia	0,7	2,5	7,0	8,2
Liguria	1,0	5,3	14,4	15,9
Emilia-Romagna	0,6	3,0	8,6	9,0
Toscana	0,6	2,4	8,1	11,3
Umbria	0,9	2,7	6,3	5,5
Marche	0,6	2,3	6,9	7,8
Lazio	0,9	4,5	16,9	30,6
Abruzzo	2,3	9,9	26,3	34,3
Molise	1,2	4,8	13,1	13,8
Campania	0,6	3,3	10,3	12,1
Puglia	0,8	3,1	8,8	9,3
Basilicata	0,6	3,3	7,9	7,3
Calabria	0,8	4,1	11,7	11,6
Sicilia	0,7	2,8	7,9	7,0
Sardegna	0,4	1,0	1,6	1,2
Italia	0,9	4,4	13,8	18,2

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2004 – Anno 2006.

**Dimissioni ospedaliere in regime ordinario per riabilitazione,
classe di età >=75 anni e regione. Anno 2004**

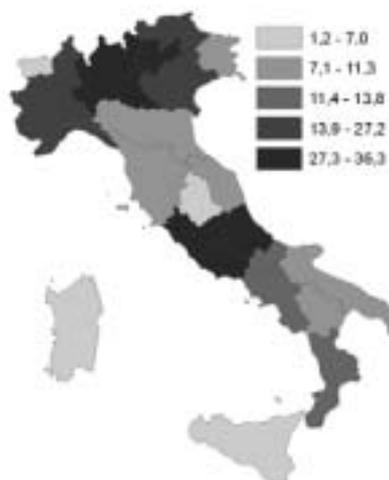
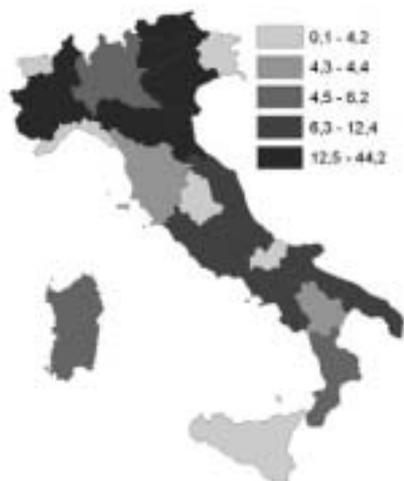


Tabella 3 - Dimissioni ospedaliere in regime ordinario per lungodegenza, per classi età e regione di residenza (tassi per 1.000 abitanti) – Anno 2004

Regioni	0 - 64 anni	65 - 74 anni	>=75 anni
Piemonte	0,3	4,2	16,0
Valle D'Aosta	0,0	0,1	0,2
Lombardia	0,2	2,2	5,7
Bolzano-Bozen	0,5	7,7	28,0
Trento	0,7	8,4	30,8
Veneto	0,4	5,1	21,6
Friuli-Venezia Giulia	0,0	0,2	0,4
Liguria	0,0	0,1	0,4
Emilia-Romagna	0,9	11,2	44,2
Toscana	0,1	0,8	4,3
Umbria	0,1	0,2	0,1
Marche	0,7	3,4	12,4
Lazio	0,1	1,1	6,4
Abruzzo	0,2	1,3	6,7
Molise	0,1	1,1	3,5
Campania	0,9	2,6	7,2
Puglia	0,3	3,5	11,2
Basilicata	0,2	1,7	4,4
Calabria	0,5	3,2	6,2
Sicilia	0,1	1,5	4,2
Sardegna	0,1	0,9	4,8
Italia	0,3	3,1	11,6

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2004 – Anno 2006.

Dimissioni ospedaliere in regime ordinario per lungodegenza, classe di età ≥ 75 anni e regione. Anno 2004



Rac-

comandazioni di Osservasalute

La lettura congiunta degli indicatori esaminati, evidenzia maggiori e più specifici bisogni assistenziali nelle fasce di età estreme, nonché una discreta variabilità regionale nell'accesso ad alcune forme di assistenza, quali la riabilitazione e la lungodegenza. Questo induce a porre un'adeguata attenzione nella pianificazione dell'offerta sanitaria, al fine di migliorare la capacità di risposta del sistema ai bisogni di salute della popolazione e a rendere più appropriato l'utilizzo dell'ospedale per le patologie acute e più efficace l'integrazione ospedale-territorio, a garanzia dell'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

Degenza media

Significato. Un indicatore sintetico di efficienza ospedaliera, calcolabile per i ricoveri effettuati in regime ordinario, è rappresentato dalla degenza media, ovvero dalla durata media della degenza ospedaliera espressa in giorni. Questo indicatore, oltre a fornire una misura dell'efficienza operativa ed organizzativa ospedaliera, è fortemente influenzato dalla complessità di tipo sanitario-assistenziale dei casi trattati. Per approfondire l'analisi della degenza media si dovrebbe

procedere alla sua standardizzazione rispetto al *case mix*. La degenza media regionale così standardizzata rappresenta allora il valore teorico-atteso della degenza media che si osserverebbe se ogni regione presentasse una casistica ospedaliera di complessità analoga a quella dello standard di riferimento, ovvero se la composizione per DRG dei dimessi nelle varie regioni fosse ad esempio uguale a quella dell'intera casistica nazionale.

Degenza media

Numeratore Giornate di degenza erogate, in regime ordinario, nella regione¹

Denominatore Dimissioni nella regione¹

¹effettuate nell'anno

Validità e limiti. Nel calcolo della degenza media sono stati esclusi i ricoveri dei neonati sani e sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti, in regime di degenza ordinario, effettuati da tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale, nell'anno 2004.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi aggiornati sulla degenza media. I confronti regionali non sono depurati dall'effetto confondente della complessità della casistica trattata (*case mix*). In ogni caso, si osserva, nel tempo, una progressiva tendenza alla riduzione della durata della degenza ospedaliera, sia per effetto dell'introduzione del finanziamento prospettico delle prestazioni ospedaliere, sia per le politiche sanitarie in materia di appropriatezza.

Descrizione dei risultati

La degenza media a livello nazionale è di 6,7 giorni. L'indicatore assume il valore massimo in Valle d'Aosta (8,6), ed il valore minimo nella regione Campania (5,5). In generale per tutte le regioni dell'area meridionale la degenza media si colloca al di sotto del valore medio nazionale, mentre nelle regioni dell'area settentrionale l'indicatore assume valori superiori. Sarebbe opportuno, tuttavia, valutare l'indicatore considerando la complessità del *case mix*.

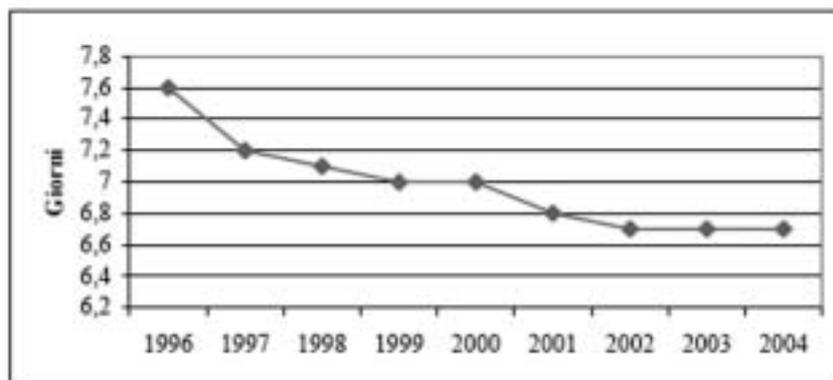
Un'analisi temporale evidenzia che dal 2002-2003, la degenza media rimane sostanzialmente stabile, con un aumento al contempo della complessità della casistica trattata, in termini di peso medio dei ricoveri classificati con il sistema DRG; ciò riflette un utilizzo più appropriato dell'ospedale, dedicato più correttamente al trattamento e alla cura delle patologie acute.

Tabella 1 - Degenza media – Anno 2004

Regioni	Giorni
Piemonte	8,1
Valle d'Aosta	8,6
Lombardia	6,4
Bolzano-Bozen	6,8
Trento	7,8
Veneto	7,9
Friuli-Venezia Giulia	7,5
Liguria	7,9
Emilia-Romagna	6,7
Toscana	7,5
Umbria	6,4
Marche	6,9
Lazio	7,8
Abruzzo	6,0
Molise	7,0
Campania	5,5
Puglia	6,0
Basilicata	6,7
Calabria	6,1
Sicilia	5,7
Sardegna	6,7
Italia	6,7

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2004 – Anno 2006.

Grafico 1 - Degenza media per acuti - Anni 1996-2004



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2001-2004. Anno 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

La sola lettura della degenza media grezza non è di per sé sufficiente a descrivere l'efficienza ospedaliera. Attualmente, infatti, la giornata di degenza non può essere considerata un indice con elevata capacità descrittiva del consumo di risorse ospedaliere, sia per il progressivo aumento del contenuto tecnologico dei profili diagnostico-terapeutici, sia per la maggiore concentrazione nelle discipline per acuti della casisti-

ca più complessa. È importante quindi valutare anche le caratteristiche del *case mix* trattato, oltre alle capacità organizzative delle strutture di ricovero in relazione alla disponibilità ed accessibilità dei servizi di supporto. In ogni caso, le analisi temporali di questo indicatore, anche standardizzato per *case mix*, rilevano che vi sono ancora margini di miglioramento in termini di riduzione della degenza media ospedaliera.

Degenza media preoperatoria (DMPO) nei ricoveri ordinari

Significato. L'indicatore illustra il tempo medio trascorso in ospedale in ricovero ordinario prima di eseguire un intervento chirurgico, il più delle volte per effettuare accertamenti diagnostici o altre attività terapeutiche ed assistenziali propedeutiche all'intervento stesso (degenza media preoperatoria - DMPO).

Nella grande maggioranza dei ricoveri programmati tali attività possono e dovrebbero essere effettuate nel periodo pre ricovero attraverso la rete ambulatoriale, il Day Service o il Day Hospital. Per i ricoveri in urgenza da Pronto Soccorso è quasi sempre possibile snellire l'iter clinico ed assistenziale attraverso l'adozione di adeguati modelli organizzativi (percorsi dia-

gnostici preferenziali, sale e/o sedute operatorie dedicate). Il dato della DMPO può essere pertanto assunto come indicatore *proxy* della capacità di una struttura e di un determinato contesto organizzativo di assicurare una efficiente gestione del percorso preoperatorio in elezione e di pianificare con efficacia l'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica. Una elevata DMPO denota generalmente difficoltà di accesso ai servizi diagnostici ospedalieri od extraospedalieri alternativi al tradizionale ricovero che si traduce in un uso potenzialmente inappropriato dei posti letto e delle risorse umane e materiali riservate alla degenza ordinaria.

Degenza media preoperatoria per ricoveri ordinari

Numeratore	Giornate di degenza preoperatoria per DRG chirurgici*
Denominatore	Dimessi con DRG chirurgici*

*in regime ordinario

Validità e limiti. L'indicatore esprime la massima significatività quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina chirurgica. Quando si confrontano i dati grezzi di vari ospedali deve essere posta la massima attenzione alla variabilità determinata dal diverso *case mix* delle strutture considerate. Per grandi casistiche riferite al complesso degli ospedali di una regione, come nel nostro caso, i *case mix* risultano più omogenei e di conseguenza aumenta sensibilmente il livello di confrontabilità. Il confronto dei dati deve peraltro tenere conto delle possibili differenze regionali dell'indice di attrazione per l'oggettiva difficoltà di adottare appropriati percorsi preoperatori extraospedalieri per i cittadini non residenti.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore medio delle cinque regioni con i valori più bassi di DMPO (1,55 giorni) fornisce una misura significativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso assistenziale preoperatorio.

Descrizione dei risultati

La generale ricerca di efficienza ha determinato negli anni precedenti a quelli considerati una progressiva e significativa riduzione della DMPO, anche se il confronto degli ultimi tre anni mostra la tendenza ad una costante riduzione di entità assolutamente modesta in rapporto ai potenziali margini di miglioramento.

La degenza media preoperatoria del 2004 del livello nazionale è pari a 2,04 giorni ed il range dei valori è molto elevato, pari a 1,6 giorni (1,29 del Friuli Venezia Giulia contro 2,89 del Lazio).

I risultati raggiunti non sono uniformi nel territorio nazionale e persistono rilevanti differenze regionali che in alcune regioni, specie del Sud, si sono ulteriormente accentuate. Fra le 12 regioni con DMPO superiore alla media nazionale sono comprese tutte le regioni del Sud, tranne l'Abruzzo. Undici regioni presentano performance migliori della media nazionale e tutte le regioni del Nord (tranne la Valle d'Aosta e la Liguria) sono comprese in questo gruppo (tabella 1 e grafico 1).

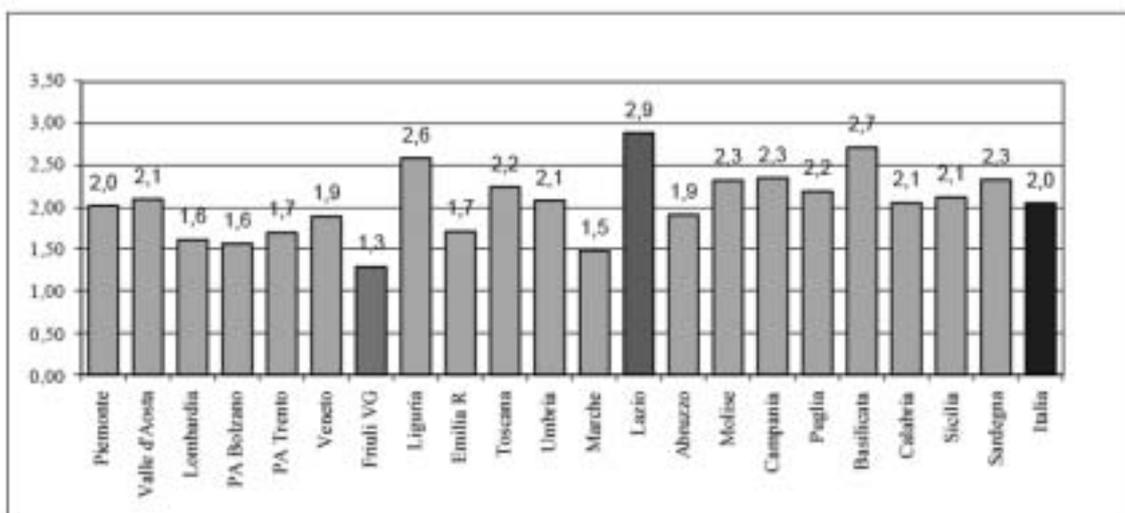
Tra il 2002 ed il 2004 tredici regioni hanno migliorato le loro performance mentre 9 hanno fatto registrare valori uguali o peggiori dell'anno di riferimento.

L'analisi della tabella mette in evidenza che tra le regioni con le performance migliori continuano ad essere comprese alcune di quelle che tradizionalmente hanno alti indici di attrazione per le discipline chirurgiche e, generalmente, un elevato indice di *case mix* (Lombardia, Emilia Romagna). Il dato sembra confermare l'efficacia delle misure adottate in queste regioni per riorganizzare i percorsi assistenziali ospedalieri ed al contempo per migliorare l'accessibilità ai servizi diagnostici extraospedalieri in funzione dell'appropriatezza dell'utilizzo dell'attività ospedaliera.

Tabella 1 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime di ricovero ordinario per regione - Anni 2002-2004

Regioni	DMPO 2002	DMPO 2003	DMPO 2004	Variazione 2003-2002	Variazione 2004-2003
Piemonte	2,17	2,09	2,01	-0,08	-0,08
Valle d'Aosta	2,42	2,35	2,10	-0,07	-0,25
Lombardia	1,83	1,72	1,61	-0,11	-0,11
Bolzano-Bozen	1,49	1,47	1,56	-0,02	0,09
Trento	1,62	1,72	1,69	0,10	-0,03
Veneto	2,00	1,92	1,89	-0,08	-0,03
Friuli Venezia Giulia	1,39	1,32	1,29	-0,07	-0,03
Liguria	3,03	3,10	2,58	0,07	-0,51
Emilia Romagna	1,88	1,78	1,71	-0,10	-0,07
Toscana	2,19	2,19	2,24	0,00	0,05
Umbria	2,13	2,06	2,08	-0,07	0,02
Marche	1,58	1,55	1,48	-0,03	-0,07
Lazio	2,96	2,89	2,89	-0,07	0,00
Abruzzo	2,07	1,95	1,91	-0,12	-0,05
Molise	2,42	2,41	2,32	-0,01	-0,09
Campania	2,20	2,27	2,35	0,08	0,07
Puglia	2,16	2,17	2,19	0,01	0,02
Basilicata	3,05	3,06	2,71	0,01	-0,35
Calabria	2,04	2,04	2,05	0,01	0,01
Sicilia	2,10	2,15	2,12	0,05	-0,03
Sardegna	2,23	2,31	2,32	0,08	0,01
Italia	2,13	2,09	2,04	-0,04	-0,04

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2002-2004. Anno 2006.

Grafico 1 - Degenza media preoperatoria (DMPO) in regime di ricovero ordinario per regione - Anno 2004

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2004. Anno 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati di DMPO presentati riguardano sia i ricoveri programmati che i ricoveri urgenti. Una attenta gestione dei percorsi preoperatori per i ricoveri programmati e l'adozione di apposite linee guida per codificare le prassi assistenziali ed organizzative da adottare per i ricoveri effettuati in urgenza, possono evitare in entrambi i casi attese ingiustificate e ritardi nell'esecuzione dell'intervento chirurgico e quindi migliorare sensibilmente la gestione del percorso assistenziale del paziente, non solo in termini di efficienza, ma anche riguardo il gradimento, l'efficacia, la sicurezza e gli esiti degli interventi stessi.

A tale riguardo occorre considerare che se il sistema di rimborso a prestazione e le opportunità offerte dall'evoluzione scientifica e tecnologica hanno favorito la progressiva riduzione della degenza media dei ricoveri chirurgici in degenza ordinaria, diverse analisi hanno dimostrato che il maggior contributo alla ridu-

zione della degenza media per i ricoveri chirurgici è stato dato da forti contrazioni della degenza post intervento. Il trend di riduzione sembra aver peraltro subito un generale rallentamento dopo le confortanti performance del recente passato e, specie nelle realtà che hanno raggiunto limiti molto bassi di degenza media complessiva, sia i clinici che varie organizzazioni di tutela dei pazienti ritengono più utile ed etico che la ricerca dell'efficienza ed il "guadagno" in termini di giornate di degenza risparmiate siano perseguiti soprattutto attraverso l'ottimizzazione dei percorsi preoperatori, piuttosto che con politiche assistenziali volte a favorire la dimissione precoce, a volte intempestiva, dei pazienti operati.

Le evidenze rilevate e queste considerazioni dovrebbero spingere tutte le regioni a monitorare con attenzione il fenomeno anche allo scopo di definire soglie massime di DMPO per i principali DRG chirurgici.

Degenza media preoperatoria (DMPO) per alcuni DRG in ricovero ordinario

Significato. L'indicatore analizza la DMPO relativa al DRG 162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza complicanze, 198 - Colectomia ecc... laparoscopia senza esplorazione del dotto biliare senza complicanze, 209 - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori e 232 - Artroscopia.

La scelta dei DRG è stata fatta in funzione della numerosità della casistica, dell'elevata proporzione di casi gestiti in elezione (che minimizza le difficoltà di

interpretazione connesse alla presenza dei casi gestiti in urgenza) e della rilevanza sociale delle relative patologie. I dati di DMPO dei DRG prescelti rappresentano pertanto degli ottimi traccianti della effettiva capacità di un determinato contesto organizzativo di assicurare un servizio effettivamente orientato alle esigenze dei pazienti attraverso un'efficiente gestione del percorso preoperatorio ed un'ottimale pianificazione dell'utilizzo delle sale operatorie.

Degenza media preoperatoria per ricoveri in regime ordinario

Numeratore	Giornate di degenza preoperatoria per alcuni DRG chirurgici*
Denominatore	Dimessi con DRG chirurgico*

**in regime ordinario*

Validità e limiti. L'indicatore DMPO esprime la massima significatività quando si confrontano singoli DRG e pertanto i risultati presentati possono essere considerati complementari e più specifici riguardo l'analisi condotta nella sezione precedente. Su tutta la casistica chirurgica regionale. Il confronto della DMPO DRG specifica deve peraltro tenere conto delle sensibili differenze regionali dell'indice di attrazione per le patologie considerate, in specie per quelle più complesse, per l'oggettiva difficoltà di adottare appropriati percorsi preoperatori extraospedalieri per i cittadini non residenti. L'analisi della percentuale degli interventi effettuati nei primi due giorni di ricovero potrebbe rappresentare un'estensione dello studio utile per affinare la valutazione e la comprensione del fenomeno di interesse, in specie a livello delle singole strutture di ricovero.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori più bassi di DMPO rilevati per ciascuno dei quattro DRG considerati individuano le migliori performance e forniscono una misura diretta e assai significativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso preoperatorio DRG specifico.

Descrizione dei risultati

La tabella 1 ed il grafico 1 illustrano il confronto tra gli anni 2002 e 2004 dei valori nazionali di DMPO relativi a tutti i dimessi con DRG chirurgico ed ai DRG selezionati (162, 198, 209 e 232). Anche per il 2004 la riduzione di DMPO per i DRG in esame risul-

ta significativa in senso assoluto e più alta rispetto al trend registrato per il valore riferito a tutti i DRG chirurgici. Questo dato conferma, in linea generale, l'attenzione posta ai diversi livelli del sistema per ottimizzare almeno i percorsi preoperatori e/o la fase di pre-ospedalizzazione delle principali patologie chirurgiche gestibili attraverso un ricovero programmato. La tabella 2 analizza, per regione, la DMPO dei dimessi nel 2004 con i DRG selezionati. Il maggior livello di dettaglio dell'analisi mette in evidenza da un lato la costante variabilità della DMPO in funzione della complessità dei casi trattati e dall'altro le forti differenze ancora esistenti nelle varie regioni, con un evidente e significativo divario tra il Nord ed il Sud del paese. La regione Friuli Venezia Giulia registra i valori più bassi per tutte le patologie considerate mentre, con rare eccezioni e nonostante il complessivo miglioramento rispetto all'anno precedente, le regioni del Centro-Sud si contendono il primato opposto. Il range dei valori di DMPO per i DRG in esame risulta sempre elevato e spesso è superiore al valore della media nazionale.

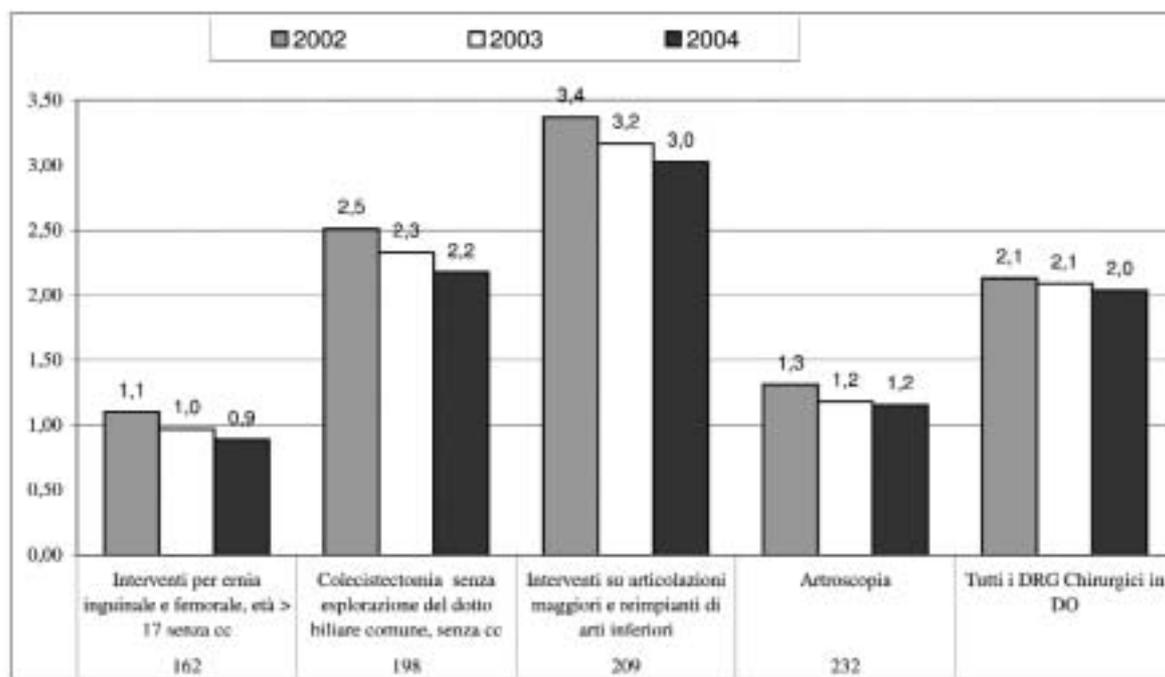
L'analisi sembra dimostrare che nelle singole regioni il livello delle performance è abbastanza costante. In pratica sia il ranking che lo scostamento, positivo o negativo, rispetto alla media nazionale risultano simili per i diversi DRG considerati, segno evidente che la gestione del percorso preoperatorio è influenzata da modelli organizzativi e prassi operative ampiamente diffusi, consolidati e caratteristici di ciascun contesto regionale.

Tabella 1 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime ordinario per alcuni DRG chirurgici - Anni 2002-2004

DRG	DMPO 2002	DMPO 2003	DMPO 2004	Variazione 2002-2004	Variazione % 2002-2004
DRG 162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc	1,10	0,97	0,89	0,21	-19,42
DRG 198 - Colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, senza cc	2,51	2,33	2,18	0,33	-13,35
DRG 209 - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	3,37	3,17	3,03	0,34	-10,19
DRG 232 - Artroscopia	1,31	1,18	1,16	0,15	-11,71
Tutti i DRG chirurgici	2,13	2,09	2,04	0,09	-4,23

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2002-2004. Anno 2006.

Grafico 1 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime ordinario per alcuni DRG chirurgici - Anni 2002-2004

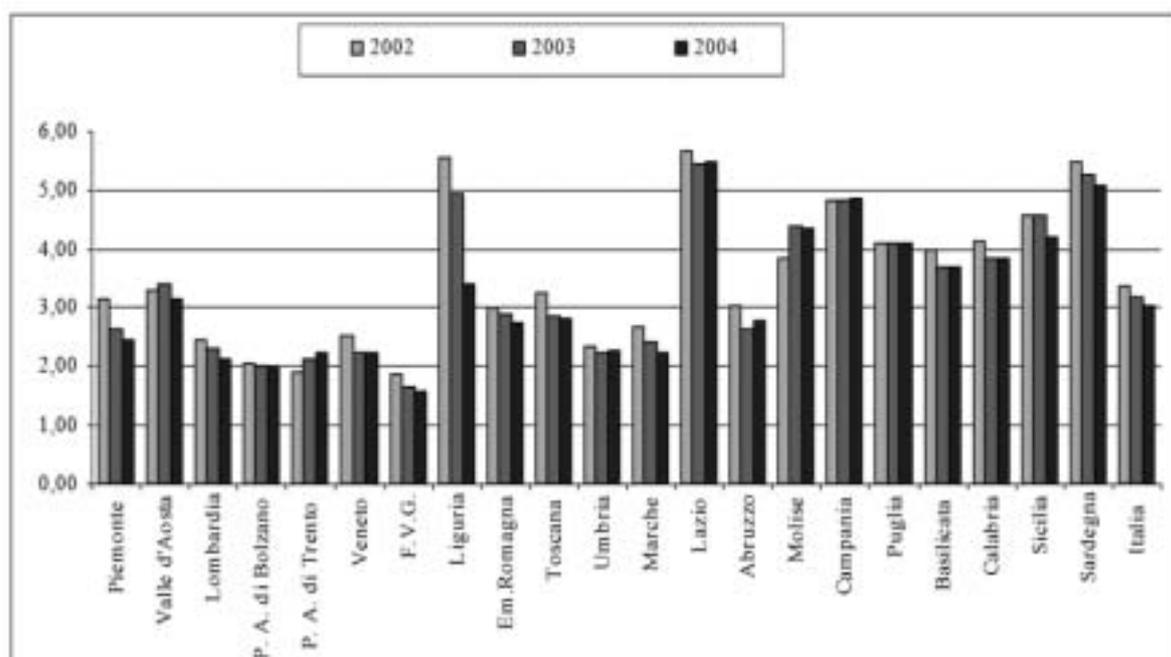


Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2002-2004. Anno 2006.

Tabella 2 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime ordinario per DRG e regione - Anno 2004

Regioni	Tutti i DRG Chirurgici	DRG 162	DRG 198	DRG 209	DRG 232
Piemonte	2,01	1,00	2,28	2,43	1,25
Valle d'Aosta	2,10	1,08	1,89	3,15	1,00
Lombardia	1,61	0,33	1,57	2,11	0,50
Bolzano-Bozen	1,56	0,74	1,22	1,97	0,74
Trento	1,69	0,36	1,01	2,23	0,32
Veneto	1,89	0,64	1,50	2,22	0,99
Friuli-Venezia Giulia	1,29	0,13	0,82	1,56	0,28
Liguria	2,58	1,01	1,75	3,41	2,29
Emilia-Romagna	1,71	0,27	1,47	2,74	0,77
Toscana	2,24	0,86	2,48	2,80	1,30
Umbria	2,08	0,79	2,22	2,27	0,60
Marche	1,48	0,24	1,77	2,23	0,32
Lazio	2,89	1,47	3,14	5,47	1,91
Abruzzo	1,91	1,06	2,20	2,77	1,16
Molise	2,32	1,58	3,61	4,34	2,14
Campania	2,35	1,39	2,58	4,86	1,51
Puglia	2,19	1,07	3,00	4,10	1,50
Basilicata	2,71	1,59	3,70	3,69	1,39
Calabria	2,05	1,54	3,05	3,86	1,65
Sicilia	2,12	1,07	2,12	4,22	2,10
Sardegna	2,32	1,43	3,03	5,09	1,46
Italia	2,04	0,89	2,18	3,03	1,16

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2004. – Anno 2006.

Grafico 2 - Degenza Media Preoperatoria in regime ordinario e Interventi su articolazioni maggiori per regione – Anni 2002-2004

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2002-2004. Anno 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

In linea di massima l'analisi della DMPO dei DRG chirurgici selezionati suggerisce le medesime considerazioni fatte nella precedente sezione a proposito della DMPO relativa a tutti i DRG chirurgici. Tuttavia, anche in considerazione del fatto che il miglioramento rilevato nel gruppo di DRG studiati è nettamente superiore a quello registrato per l'insieme dei DRG chirurgici, le DMPO osservate in qualche regione appaiono anomale e difficilmente giustificabili in relazione alle opportunità offerte dall'evoluzione delle tecniche diagnostiche, dalla loro minore invasività e dalla diffusa affermazione di modelli organizzativi in grado di assicurare una efficace ed attiva

gestione del percorso preoperatorio in regime ambulatoriale. Degenze medie preoperatorie prossime al doppio dei valori medi nazionali (vedi grafico 2 relativo al DRG 209), oltre che denotare un uso inefficiente delle strutture di ricovero, gravano sui pazienti esponendoli inutilmente ai disagi e ai rischi insiti in un ospedalizzazione inappropriata. Potrebbe quindi essere del tutto giustificata l'adozione di misure volte a disincentivare, anche attraverso adeguate politiche tariffarie, quelle strutture che non rispettassero soglie massime di DMPO per un set di DRG selezionati e/o per patologie chirurgiche gestibili attraverso il ricovero programmato.

Utilizzo del Day Hospital per i DRG medici a rischio di inappropriatelyzza

Significato. L'indicatore verifica l'entità di utilizzo del Day Hospital rispetto al ricovero ordinario per alcuni DRG medici e permette di valutare il grado di appropriatezza organizzativa raggiunto dalle regioni a seguito delle indicazioni contenute nel DPCM 29/11/2001, il quale ha definito un elenco di 43 DRG "ad alto rischio di inappropriatelyzza" se erogati in regime di degenza ordinaria.

Un successivo accordo della Conferenza Stato – Regioni impone alle regioni di individuare per ciascuno dei 43 DRG un valore percentuale/soglia di ammissibilità in ricovero ordinario per le prestazioni elencate nell'allegato 2C del citato DPCM e di monitorare il grado di trasferimento dal regime ordinario al Day Hospital, prevedendo altresì per le stesse la facoltà

di individuare ulteriori DRG e prestazioni che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse.

La percentuale di ricovero in Day Hospital, analizzata isolatamente, non è espressione di appropriatezza poiché è influenzata da due variabili molto importanti: il tasso di ospedalizzazione specifico per DRG e la stima delle prestazioni effettuate in regime ambulatoriale. In assenza di dati attendibili sull'attività ambulatoriale la relazione tra la percentuale di Day Hospital ed il tasso di dimissione standardizzato per singolo DRG può fornire una misura indiretta dell'accessibilità e dell'utilizzo dei servizi ambulatoriali distrettuali in alternativa al ricovero ospedaliero.

Percentuale di ricoveri in Day Hospital per DRG medici a rischio di inappropriatelyzza

Numeratore	Dimissioni ospedaliere in Day Hospital*	x 100
Denominatore	Dimissioni ospedaliere in regime ordinario e in Day Hospital*	

**per i DRG medici considerati*

Validità e limiti. Successivamente all'emanazione del DPCM sui LEA quasi tutte le regioni hanno individuato, sebbene con tempi diversi, i valori soglia di ammissibilità dei ricoveri ordinari per i 43 DRG che l'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 considera "ad alto rischio di inappropriatelyzza". I valori soglia individuati a livello delle singole regioni sono tuttavia molto differenti. Tale variabilità dipende dai diversi processi di riorganizzazione della rete ospedaliera intrapresi dalle regioni che richiedono azioni pluriennali per ottenere risultati significativi e che hanno condizionato le scelte. Alcune regioni hanno inoltre introdotto limitazioni dell'ammissibilità dei ricoveri ordinari anche per altri DRG ed in molti casi hanno fornito specifiche indicazioni per migliorare l'appropriatezza d'uso delle strutture di ricovero. Nel testo di questo indicatore saranno illustrati, mediante il confronto 2003 – 2004, i dati relativi ai ricoveri totali ed alla percentuale di Day Hospital delle regioni riguardo il set dei DRG medici ad elevato rischio di inappropriatelyzza. Sebbene molte regioni avessero già in precedenza avviato azioni di miglioramento (cfr il monitoraggio anni 2002 – 2003 nel Rapporto Osservasalute 2005, pag. 339-346), i dati del periodo considerato rappresentano con chiarezza l'efficacia delle misure adottate e quindi i risultati conseguiti nelle diverse realtà regionali a seguito dell'adozione e del consolidamento degli interventi volti a contrastare il fenomeno dell'inappropriatelyzza organizzativa.

La percentuale del ricovero in Day Hospital consente di valutare l'appropriatezza del setting assistenziale mentre il confronto dei ricoveri effettuati nei due periodi conside-

rati, utilizzato invece dei rispettivi tassi di ospedalizzazione, rende immediatamente evidente per ogni regione l'impatto delle azioni attuate in termini di numero di ricoveri "risparmiati".

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore medio nazionale dei due parametri considerati fornisce una misura di riferimento che tuttavia, come già detto, è influenzata da diverse altre variabili (tasso di ospedalizzazione, utilizzo dei servizi ambulatoriali extradegenza). Per il confronto temporale si ipotizza un valore di riferimento caratterizzato da una riduzione dei ricoveri complessivi e da un aumento o una sostanziale stabilità della percentuale di Day Hospital.

Descrizione dei risultati

Ogni regione ha dovuto promuovere strategie di intervento ed azioni che, sebbene coerenti con le indicazioni del DPCM, fossero innanzitutto compatibili con il proprio contesto organizzativo di riferimento. Le soglie di ammissibilità in ricovero ordinario stabilite a livello regionale sono state pertanto individuate con criteri e modalità differenti che devono indurre una certa cautela quando si effettuano confronti tra le diverse realtà. Il confronto 2003 – 2004 relativo a tutti i ricoveri attribuiti ai DRG medici a rischio di inappropriatelyzza dimostra che le indicazioni poste dal DPCM 9/11/2001 sono state in larga massima rispettate (tabella 1 e grafici 1 – 2). A livello nazionale il numero complessivo dei ricoveri si riduce del 5,1% con un diverso, ma positivo contributo di tutte le

regioni, tranne che l'Abruzzo, la Campania e la Sardegna che registrano significativi incrementi. È di segno positivo, anche se meno accentuato, l'andamento nazionale della percentuale di Day Hospital che, con un'ampia variabilità regionale, cresce del 2,9 % e si attesta sul 40% del totale dei ricoveri. I valori della percentuale di Day Hospital del 2004 presentano un range molto ampio (16,5% del Friuli Venezia Giulia – 56,1% della Liguria) ed una distribuzione non omogenea intorno alla media. Quindici regioni registrano valori più bassi del riferimento nazionale mentre soltanto per sei si osservano valori superiori (Piemonte, Liguria, Lazio, Campania, Basilicata e Sicilia).

L'analisi congiunta dei risultati relativi all'andamento complessivo dei ricoveri e della percentuale di questi effettuata in Day Hospital mostra quattro situazioni che riassumono significati molto diversi (grafico 2):

- 1) Significativa riduzione dei ricoveri complessivi in presenza di aumento o di stabilità della percentuale di trasferimento in Day Hospital, denota l'adozione di efficaci misure correttive del fenomeno dell'inappropriatezza. Sono comprese in questo gruppo 10 regioni (Lombardia, Bolzano, Trento, Veneto, Liguria, Toscana, Molise, Puglia, Basilicata e Calabria) che presentano comunque situazioni di partenza e livelli di performance molto differenziati.
- 2) Aumento dei ricoveri, combinato con una riduzione della percentuale di trasferimento in Day Hospital, denota situazioni anomale ed un utilizzo improprio del regime di ricovero ordinario. In questa situazione si trova solo la Sardegna che presenta inoltre una percentuale di trasferimento in Day Hospital inferiore alla media nazionale.
- 3) Aumento complessivo dei ricoveri o forte riduzione del

dato medio nazionale, associato ad incremento dell'attività relativa del Day Hospital, denota un sovrautilizzato delle strutture di ricovero, sia in regime ordinario che diurno, e/o una scarsa offerta o accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali. Abruzzo, Lazio e Campania registrano un andamento in tal senso che si accompagna, per tutte, ad un elevato tasso di ospedalizzazione generale e per le ultime due anche ad una percentuale di ricoveri in DH superiore al valore di riferimento nazionale.

4) Sensibile riduzione dei ricoveri accompagnata da una contestuale riduzione della percentuale di trasferimento in Day Hospital può indicare l'adozione di efficaci politiche di contrasto del fenomeno dell'inappropriatezza dei ricoveri attraverso l'individuazione di percorsi diagnostici terapeutici extradegenza e l'attivazione di modelli organizzativi sul tipo del Day Service.

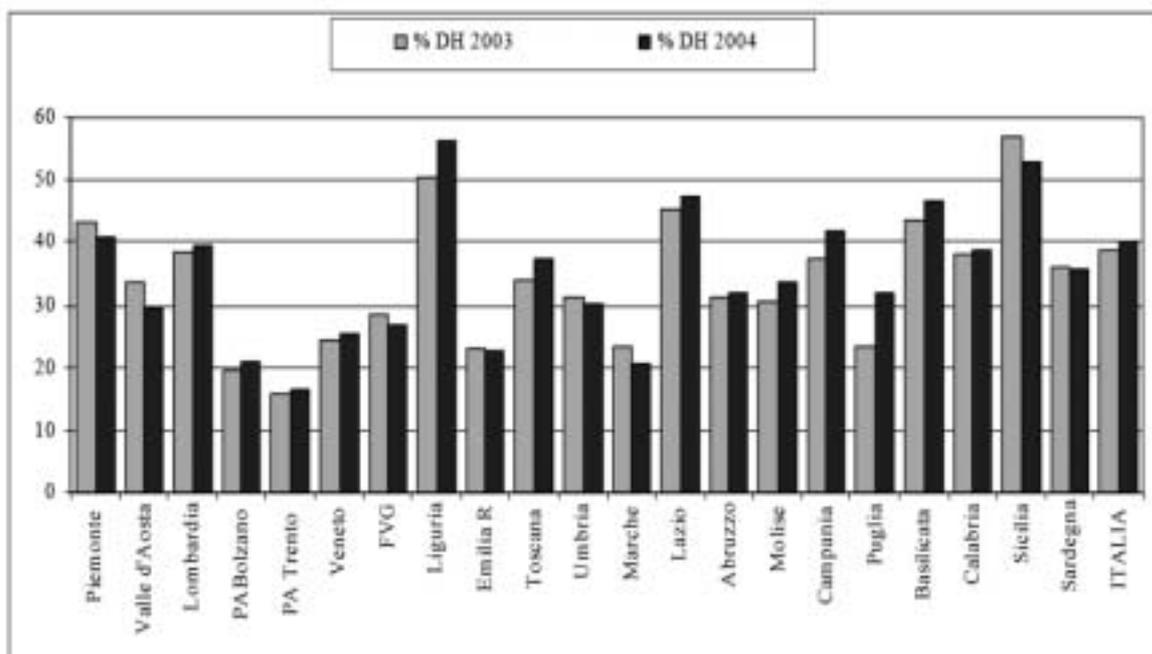
Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Umbria, Marche e Sicilia mostrano una simile tendenza che si coniuga con percentuali di ricovero in DH molto inferiori alla media nazionale e con bassi tassi di ospedalizzazione generale (fa eccezione la Sicilia che, sebbene mostri un trend positivo, continua ad avere un eccesso di ospedalizzazione ed una elevata ed anomala percentuale di DH). È evidente che in queste regioni l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione per i DRG medici a rischio di inappropriatezza è stata giocata sia sul fronte del ricovero ordinario che del ricovero diurno facendo leva sul livello di offerta, su elevate performance e sull'accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali e distrettuali. Purtroppo il vuoto informativo relativo all'attività ambulatoriale costituisce un limite per un'oggettiva ed esaustiva valutazione delle azioni intraprese in queste realtà.

Tabella 1 - Ricoveri e percentuale di utilizzo del Day Hospital per tutti i DRG medici a rischio di inappropriatezza per regione - Anni 2003-2004

Regioni	Totale ricoveri			% Casi DH		
	2003	2004	Variazione %	2003	2004	Variazione %
Piemonte	56.713	52.005	-5,1	43,1	40,9	-5,1
Valle d'Aosta	1.207	1.052	-12,8	33,7	29,5	-12,6
Lombardia	207.729	201.948	-2,8	38,4	39,6	3,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>15.207</i>	<i>14.212</i>	<i>-6,5</i>	<i>19,5</i>	<i>20,8</i>	<i>6,6</i>
<i>Trento</i>	<i>6.101</i>	<i>5.767</i>	<i>-5,5</i>	<i>15,9</i>	<i>16,5</i>	<i>4,0</i>
Veneto	76.532	71.805	-6,2	24,2	25,3	4,4
Friuli Venezia Giulia	14.703	13.593	-7,5	28,5	26,8	-6,0
Liguria	53.054	51.042	-3,8	50,3	56,1	11,5
Emilia Romagna	65.685	59.934	-8,8	23,1	22,6	-2,0
Toscana	58.147	51.866	-10,8	34,1	37,4	9,8
Umbria	20.712	18.812	-9,2	31,3	30,1	-3,8
Marche	21.728	19.732	-9,2	23,4	20,5	-12,2
Lazio	174.070	173.762	-0,2	45,1	47,4	5,0
Abruzzo	54.346	55.451	2,0	31,2	32,0	2,5
Molise	12.529	11.997	-4,2	30,6	33,6	9,9
Campania	188.930	195.516	3,5	37,5	41,7	11,1
Puglia	121.174	115.713	-4,5	23,2	31,9	37,7
Basilicata	17.130	15.843	-7,5	43,7	46,7	6,8
Calabria	72.375	66.631	-7,9	37,9	38,9	2,6
Sicilia	252.113	213.115	-15,5	56,9	52,8	-7,2
Sardegna	57.940	59.987	3,5	35,9	35,7	-0,5
Italia	1.548.125	1.469.783	-5,1	38,9	40,0	2,9

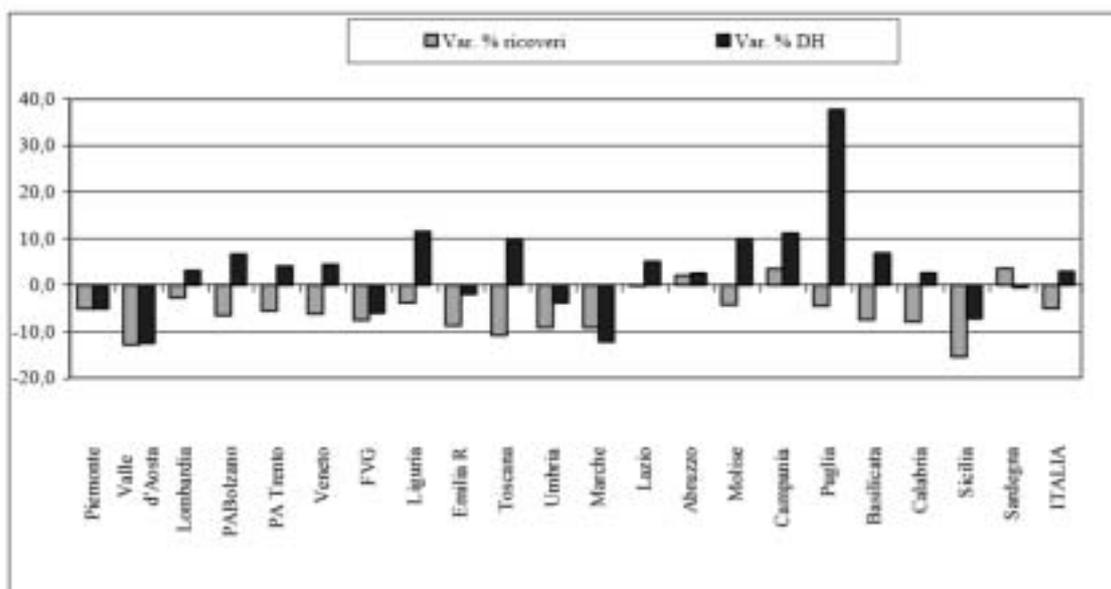
Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2003-2004. Anno 2006.

Grafico 1 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital per tutti i DRG medici a rischio di inappropriatezza per regione - Anni 2003-2004



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2002-2004. Anno 2006.

Grafico 2 - Differenza % dei ricoveri totali e in Day Hospital per tutti i DRG medici a rischio di inappropriatezza per regione - Anni 2003-2004



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2002-2004. Anno 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi svolta conferma che a distanza di tre anni dall'emanazione del DPCM 9/11/2001 le indicazioni ivi contenute sono state in larga massima rispettate e che il trend generale rilevato rispecchia abbastanza fedelmente le indicazioni della programmazione nazionale. Si può peraltro prevedere che il consolidamento delle azioni avviate nelle diverse realtà regionali possa produrre in prospettiva ulteriori risultati positivi, fino a ridurre in modo significativo le consistenti differenze rilevate tra le diverse aree del paese. A tale riguardo le raccomandazioni poste in passato da Osservasalute (vedi Rapporto Osservasalute 2005) al fine di perseguire un effettivo miglioramento del setting assistenziale per i DRG ad elevato rischio di inappropriatazza sono ancora attuali e mantengono intera la loro validità, specie per quelle situazioni limite che nel frattempo non hanno ancora avviato o messo a regime efficaci azioni correttive.

Occorre pertanto continuare a promuovere azioni mirate alla riduzione della domanda di ricovero ed al progressivo trasferimento dell'attività di degenza ordinaria in Day Hospital e nella rete dei servizi ambulatoriali e distrettuali, senza trascurare l'esigenza di disporre di maggiori informazioni rispetto all'offerta ed all'accessibilità dei servizi ambulatoriali al fine di valutare compiutamente alcuni importanti determinanti dell'inappropriatazza dei ricoveri.

Rispetto a questo ultimo aspetto il confronto dei dati 2003 - 2004 conferma che ad un numero sempre maggiore di regioni non sembra logico perseguire ancora l'obiettivo di trasferire attività di ricovero ordinario in DH e di incrementare la quota di ricovero in tale sede. Infatti, avendo già agito sulla domanda e sulla struttura dell'offerta, tali realtà registrano tassi di ospedali-

zazione molto bassi, costanti decrementi dell'attività di DH per i DRG considerati e sembrano avere aperto un nuovo fronte che pone al centro dei percorsi diagnostici e terapeutici, anche per prestazioni di una certa complessità, il livello di assistenza distrettuale. Tali nuove evidenze suggeriscono l'utilità di rimodulare le ipotesi di analisi e di programmazione.

In termini di analisi, oltre ai parametri studiati e per rendere più robuste le valutazioni a livello delle singole regioni, sarebbe opportuno considerare anche il tasso di ospedalizzazione al netto dei ricoveri di 1 giorno in DO e DH, valutare meglio la natura di tali accessi, per lo più diagnostici, ed avviare anche solo localmente rilevazioni omogenee sulle tipologie di attività di diagnostica ambulatoriale che hanno dimostrato di avere un impatto positivo sul fronte dell'appropriatazza dei ricoveri.

In termini di programmazione occorre che sia concretamente recepita e perseguita l'indicazione della Conferenza Stato Regioni che abbassa a 180 per 1000 abitanti il tasso di ospedalizzazione generale e che sia valutata l'opportunità che in tutte le regioni il DH medico sia sempre più sostituito da modelli di organizzazione dell'assistenza ambulatoriale del tipo Day Service, quale livello di erogazione delle prestazioni maggiormente appropriato rispetto al ricovero. In una prospettiva di progressiva deospedalizzazione di alcune patologie, con la garanzia di adeguate condizioni organizzative, potrebbe peraltro essere opportuno prevedere riduzioni tariffarie per le prestazioni erogate in regime di Day Hospital medico, in modo da incentivare il ricorso a modelli di erogazione meno onerosi ed altrettanto efficaci riguardo la qualità dell'assistenza erogata.

Ricoveri di un giorno per DRG medici

Significato. I ricoveri ordinari con degenza di un solo giorno rappresentano un importante aspetto dell'inappropriato uso dell'ospedale. Nella maggioranza dei casi i ricoveri che si concludono entro le 24 ore sono espressione di imperfette valutazioni cliniche, di anomalie organizzative o di modelli assistenziali ancora troppo centrati sulla rete dei servizi ospedalieri piuttosto che su quella dei servizi

territoriali alternativi al ricovero. La percentuale di ricoveri medici di un giorno è un indicatore di processo che consente di orientare l'analisi dell'appropriato uso della degenza ordinaria sia che il fenomeno riguardi la gestione degli accessi urgenti avviati al ricovero dal Pronto Soccorso sia la correttezza delle indicazioni poste per i ricoveri programmati di tipo internistico.

Percentuale di ricoveri di un giorno per DRG medici

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere in regime ordinario con 1 solo giorno di degenza con DRG medico*}}{\text{Denominatore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere con DRG medico}} \times 100$$

**in degenza ordinaria*

Validità e limiti. L'indicatore considera insieme sia i ricoveri urgenti che i ricoveri programmati con un solo giorno di degenza. Ai primi vanno ascritti casi che per vari motivi hanno ricevuto un'insufficiente valutazione clinica all'atto dell'accettazione in Pronto Soccorso e casi per i quali il ricorso ai servizi di urgenza si rende necessario per carenze nell'offerta o nell'accesso ai servizi erogati dai Medici di Medicina Generale o presso i poli diagnostici e/o terapeutici extraospedalieri. Questa ultima condizione e le liste di attesa per indagini diagnostiche complesse rappresentano le cause più frequenti del ricorso a ricoveri programmati che si esauriscono in una sola giornata di degenza. Dai ricoveri di un giorno sono esclusi quelli relativi ai pazienti deceduti ed ai trasferiti in altri ospedali per il proseguimento delle cure in quanto si presume che entrambe le situazioni esprimano condizioni assistenziali particolari, non direttamente correlate ai modelli organizzativi adottati per contrastare il fenomeno dell'appropriatezza dei ricoveri. Sono invece compresi i ricoveri di un solo giorno effettuati nelle strutture di degenza che svolgono funzioni di Medicina d'urgenza o Astanteria e pertanto occorre tenere conto di questo limite nell'interpretazione e nella valutazione dei dati, in specie per le regioni che non hanno ancora avviato funzioni del tipo dell'Osservazione Breve presso i servizi di Pronto Soccorso.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore medio nazionale può essere assunto come riferimento per individuare le migliori performance. Il valore medio delle cinque regioni con i valori più bassi di ricoveri medici di un giorno (7,6 %) fornisce una misura concreta dei potenziali margini di miglioramento.

Descrizione dei risultati

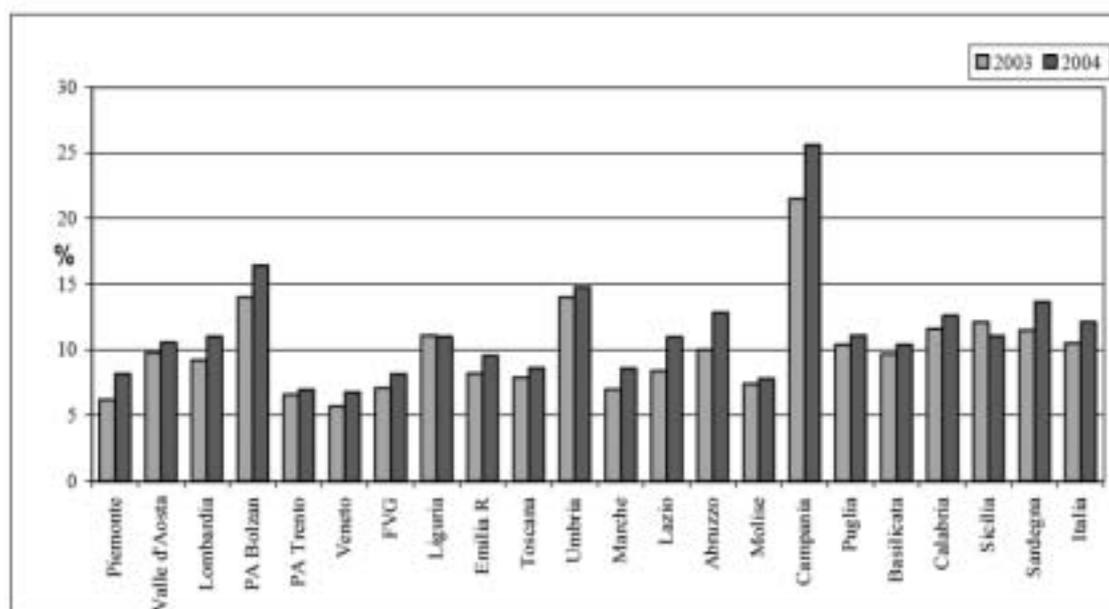
A livello nazionale i ricoveri medici di un giorno effettuati nel 2004 in degenza ordinaria sono oltre 586 mila, il 12,1 % del totale dei ricoveri di tipo internistico (oltre 600 mila e 10,5% nel 2003). Il confronto degli ultimi due anni

mostra una modesta riduzione del numero assoluto dei ricoveri di un giorno (circa 20.000 ricoveri, pari al 3,3%) e un consistente incremento della quota relativa (+15,2%). In pratica la forte contrazione dei ricoveri internistici in regime ordinario, diretta conseguenza delle azioni avviate per migliorare l'appropriatezza organizzativa attraverso la scelta di setting assistenziali alternativi, non ha interessato che in minima parte i ricoveri di un solo giorno, segno che permangono pressoché invariate le condizioni che determinano tale fenomeno (tabella 1 e grafico 1). Solo 2 regioni (Sicilia e Liguria) hanno ottenuto nel 2004 percentuali di ricovero di un giorno appena migliori dell'anno precedente mentre tutte le altre, anche se in diversa misura, hanno peggiorato le proprie performance. Persistono rilevanti differenze regionali e una accentuata variabilità (il range è compreso tra il 6,8% del Veneto e il 25,6% della Campania). Sei regioni (Bolzano, Umbria, Abruzzo, Calabria, Campania e Sardegna) presentano percentuali di ricoveri medici di un giorno in degenza ordinaria superiori alla media nazionale. Tutte le regioni con valori dell'indicatore superiori o prossimi alla media nazionale fanno registrare (con l'eccezione dell'Umbria) anche elevati tassi di ospedalizzazione, a conferma del forte contributo fornito dai ricoveri potenzialmente inappropriati agli scostamenti rilevati per tale importante parametro della programmazione ospedaliera soprattutto nelle regioni del Sud. Il dato della Campania è emblematico e dovrebbe essere ulteriormente indagato in quanto registra un peggioramento sia nel numero assoluto che nella quota relativa. In questa regione nel 2004 più di un ricovero di tipo internistico ogni quattro, si conclude con una degenza di un solo giorno e sarebbe importante comprendere se tale eccesso di ospedalizzazione impropria sia da ascrivere ad una insufficiente azione di filtro dei servizi di urgenza, ad un improprio utilizzo della degenza ordinaria per eseguire accertamenti ed attività assistenziali proprie del livello ambulatoriale distrettuale e del Day Hospital, o ad entrambi i fattori.

Tabella 1 - Dimissioni ospedaliere in regime ordinario con DRG medico con un solo giorno di degenza per regione - Anni 2003-2004

Regioni	2003		2004	
	Ricoveri 0-1 giorno	%	Ricoveri 0-1 giorno	%
Piemonte	18.736	6,2	19.409	8,2
Valle d'Aosta	1.005	9,8	827	10,6
Lombardia	74.943	9,2	76.156	11,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>8.195</i>	<i>14,0</i>	<i>7.767</i>	<i>16,4</i>
<i>Trento</i>	<i>2.818</i>	<i>6,6</i>	<i>2.280</i>	<i>7,0</i>
Veneto	23.079	5,7	21.799	6,8
Friuli-Venezia Giulia	7.060	7,1	6.512	8,2
Liguria	18.624	11,1	14.834	11,0
Emilia-Romagna	31.801	8,2	30.138	9,6
Toscana	25.982	7,9	22.981	8,6
Umbria	11.990	14,0	10.595	14,8
Marche	9.870	7,0	9.914	8,6
Lazio	45.913	8,4	52.518	11,0
Abruzzo	17.874	10,0	21.053	12,8
Molise	3.055	7,4	2.863	7,8
Campania	130.285	21,5	134.214	25,6
Puglia	50.566	10,4	44.813	11,1
Basilicata	5.514	9,7	4.925	10,4
Calabria	26.265	11,6	24.655	12,6
Sicilia	71.753	12,1	56.124	11,1
Sardegna	21.019	11,5	22.224	13,6
Italia	606.347	10,5	586.601	12,1

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2003-2004. Anno 2006.

Grafico 1 - Percentuale di dimissioni ospedaliere in regime ordinario con DRG medico con un solo giorno di degenza per regione - Anni 2003-2004

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO 2002-2004. Anno 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'elevatissimo numero di ricoveri medici di un giorno effettuati in regime di degenza ordinaria incide in modo rilevante sul tasso di ospedalizzazione del livello nazionale (il tasso standardizzato è di 146,22 ricoveri per 1.000 abitanti nel 2004) e soprattutto di quelle regioni che presentano entrambi tali parametri superiori ai valori di riferimento (Provincia Autonoma di Bolzano, Abruzzo, Campania, Calabria e Sardegna). Contrastare tale aspetto dell'inappropriato uso della degenza ordinaria, oltre che contribuire a ridurre il tasso di ospedalizzazione entro il limite complessivo di 180 ricoveri per 1.000 abitanti fissato dalle recenti linee di programmazione nazionale, può consentire, senza modificare nella sostanza i livelli delle prestazioni e quelli assistenziali assicurati ai cittadini, un migliore utilizzo delle risorse disponibili e la valorizzazione del ruolo dell'ospedale come luogo deputato a fornire risposte assistenziali a problemi di salute complessi caratterizzati da acuzie e gravità.

Il fenomeno descritto è certamente dipendente dal comportamento dei clinici, ma quasi sempre concor-

rono caratteristiche non fisiologiche del contesto organizzativo di riferimento, anomalie del sistema dell'offerta di servizi e spesso anche politiche tariffarie regionali che non favoriscono i comportamenti virtuosi e/o penalizzano in modo insufficiente l'inappropriato uso della degenza ordinaria. La correzione di queste anomalie impone alle regioni di attuare specifici sistemi di monitoraggio e di promuovere ulteriormente, in coerenza con le indicazioni del DPR 29 novembre 2001 sui LEA, programmi finalizzati agli obiettivi di appropriatezza, allo sviluppo della rete dei servizi territoriali e alla loro effettiva integrazione con il livello ospedaliero.

In ultimo, per contrastare i comportamenti anomali nonché l'artificiosa induzione della domanda, non devono essere sottovalutati i benefici che deriverebbero dalla definizione, con il coinvolgimento dei clinici, di adeguati percorsi diagnostico terapeutici per le patologie di base a più ampia diffusione e, nei casi limite, dall'eventuale introduzione di forti disincentivi economici per le strutture che presentano valori oltre soglie definite.

Dimissioni ospedaliere

Significato. Il tasso di ospedalizzazione fornisce una misura di propensione al ricovero ospedaliero della popolazione oggetto di studio. Si calcola, quindi, come rapporto fra il numero di ricoveri ospedalieri, ovunque effettuati, relativi a soggetti residenti in una data regione e la complessiva popolazione ivi residente. Il tasso di ospedalizzazione viene solitamente elaborato per ciascuna modalità di ricovero, ovvero sia

*Tasso di dimissioni ospedaliere**

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

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

Validità e limiti. L'indicatore misura la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dai servizi sanitari, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle inappropriate in ambito ospedaliero, e comprende quindi anche una quota di ospedalizzazione determinata da inefficienze dell'assistenza ospedaliera e da carenze dell'assistenza territoriale. D'altra parte, l'indicatore non consente di analizzare la domanda "insoddisfatta", dovuta, in taluni contesti, alla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie e rappresentativa di un bisogno di salute percepito ed espresso dalla popolazione.

Nel calcolo sono state considerate le dimissioni per acuti, in riabilitazione ed in lungodegenza effettuate dalle strutture pubbliche e private accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale. Sono stati esclusi i ricoveri dei neonati sani e dei soggetti non residenti in Italia. L'indicatore include i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto, perché intende esprimere l'entità della domanda di ricovero quindi si riferisce al numero di episodi di ricovero nel corso dell'anno.

Qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime di Day Hospital: si rilevano infatti alcune diversità, da una regione all'altra, nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi effettuati in regime diurno.

Il fenomeno dell'ospedalizzazione risulta notevolmente correlato all'età del paziente, pertanto, al fine di confrontare la propensione al ricovero nei diversi contesti regionali, è stato calcolato, accanto al tasso grezzo, anche quello standardizzato. Con riferimento, quindi, alla popolazione media italiana rilevata con il Censimento 2001, sono stati calcolati i tassi di ospedalizzazione regionali standardizzati, in cui risulta corretto l'effetto della variabilità regionale determinata dalla diversa composizione per età della popolazione nelle singole regioni.

per il regime di ricovero ordinario che per il regime di ricovero diurno, comprensivo del Day Hospital medico e chirurgico, o Day Surgery.

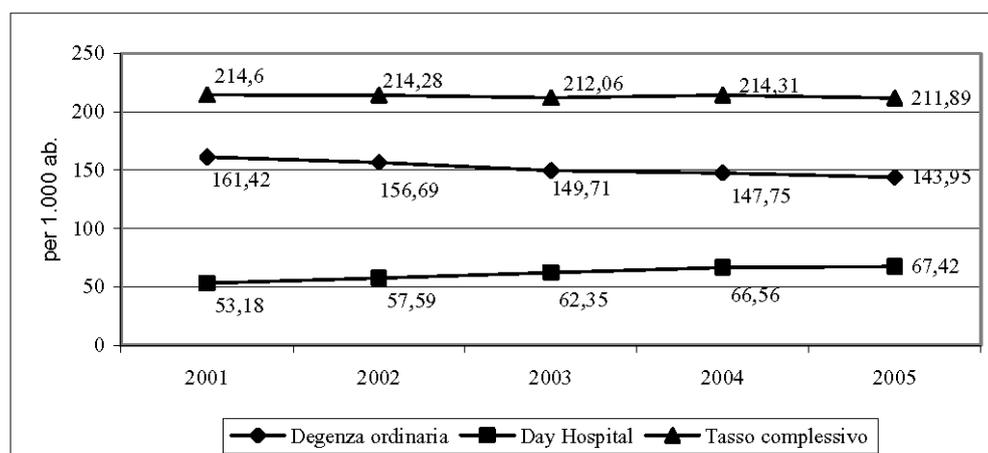
In tal modo l'indicatore consente di descrivere il ricorso alle diverse modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera e di cogliere, nelle analisi temporali, gli eventuali spostamenti della casistica ospedaliera da un *setting* assistenziale all'altro.

Valore di riferimento/Benchmark. L'Intesa tra Stato, Regioni e Province Autonome sancita il 23 marzo 2005 (art. 4 comma 1 punto b) ha fissato, quale obiettivo da raggiungere entro il 2007, il mantenimento del tasso di ospedalizzazione complessivo per ricoveri entro il valore di 180 per 1.000 residenti, di cui un 20% relativo ai ricoveri in regime diurno. Ciò potrà essere raggiunto potenziando forme assistenziali alternative al ricovero ospedaliero.

Descrizione dei risultati

Nel 2005 il tasso grezzo di ospedalizzazione a livello nazionale è 143,95 per 1.000 abitanti in modalità ordinaria e 67,42 per 1.000 in Day Hospital. L'analisi dei valori temporali conferma nel 2005 una riduzione del ricovero in regime ordinario di -2,6% rispetto al 2004 e di -3,8 % rispetto al 2003 (grafico 1).

Per contro, si rileva un incremento dell'ospedalizzazione in regime diurno minore rispetto a quello avvenuto dal 2003 al 2004, con variazioni percentuali pari a +1,5% tra 2005 e 2004 e +6,8 % tra il 2004 ed il 2003. L'analisi delle distribuzioni regionali mostra che, nel 2005, la riduzione dell'ospedalizzazione in regime ordinario si manifesta in tutte le regioni. Per quanto riguarda l'attività di Day Hospital si rileva, in generale, un incremento nella maggior parte delle regioni, con alcune eccezioni in cui si osserva una riduzione di questa modalità di ricovero che si presenta lieve in Lombardia (61,24 nel 2004 vs 60,27 nel 2005) e in Sardegna (67,14 nel 2004 vs 66,83) nel 2005, notevole in Veneto (57,40 nel 2004 vs 53,81 nel 2005), in Friuli-Venezia Giulia (40,17 nel 2004 vs 37,29 nel 2005) e in Emilia-Romagna (52,92 nel 2004 vs 45,92 nel 2005). Presumibilmente questa tendenza sarà maggiormente osservabile nei prossimi anni, per il progressivo trasferimento di alcune prestazioni erogate in regime di ricovero diurno ad altri segmenti di assistenza del livello territoriale.

Grafico 1 - Tassi grezzi di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per regione - Anni 2001-2005

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

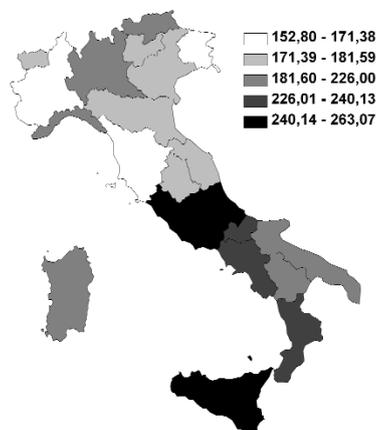
Tabella 1 - Tassi (grezzi e standardizzati per 1.000) di dimissioni ospedaliere per regione e regime di ricovero - Anno 2005

Regioni	Regime ordinario		Day Hospital		Totale	
	Grezzo	Std	Grezzo	Std	Grezzo	Std
Piemonte	117,67	110,68	63,44	60,69	181,11	171,38
Valle d'Aosta	130,81	126,29	56,03	54,54	186,83	180,83
Lombardia	142,95	140,61	61,31	60,27	204,26	200,88
Bolzano-Bozen	153,16	158,39	48,15	49,18	201,32	207,57
Trento	128,50	126,67	55,07	54,92	183,56	181,59
Veneto	125,17	122,54	54,48	53,81	179,65	176,35
Friuli-Venezia Giulia	126,18	115,51	38,33	37,29	164,52	152,80
Liguria	141,78	125,31	104,43	98,45	246,20	223,77
Emilia-Romagna	140,17	128,76	48,10	45,92	188,28	174,68
Toscana	120,27	109,46	53,07	52,14	173,34	161,60
Umbria	129,43	120,11	62,87	60,64	192,30	180,74
Marche	140,30	130,61	47,81	45,48	188,11	176,08
Lazio	154,02	152,54	94,77	94,42	248,79	246,96
Abruzzo	200,74	192,32	71,75	70,74	272,49	263,07
Molise	183,86	175,39	61,83	61,17	245,69	236,56
Campania	152,66	162,03	75,50	78,09	228,16	240,13
Puglia	163,83	167,82	46,80	48,07	210,62	215,88
Basilicata	138,27	136,24	67,15	67,08	205,42	203,31
Calabria	161,06	163,22	64,90	65,73	225,96	228,95
Sicilia	151,43	153,36	105,36	107,17	256,79	260,53
Sardegna	156,82	159,17	66,48	66,83	223,30	226,00
Italia	143,95	141,00	67,42	66,78	211,37	207,79

Nota: La standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia al 2001.

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per regione. Anno 2005



Relativamente alle differenze territoriali è evidente un gradiente geografico nei tassi di ospedalizzazione per ricovero ordinario, che risultano più elevati nelle regioni dell'area meridionale ed insulare del paese e minori nelle regioni settentrionali, con l'eccezione della PA di Bolzano. In particolare, i tassi standardizzati di ospedalizzazione in degenza ordinaria risultano maggiori in Abruzzo (192,32 per 1.000), Molise (175,39), Puglia (167,82) e Calabria (163,22), mentre i valori più contenuti appartengono a Toscana (109,46 per 1.000), Piemonte (110,68), Friuli-Venezia Giulia (115,51) ed Umbria (120,11). Il valore nazionale del tasso standardizzato di ricoveri ordinari si attesta a 141 ricoveri per 1.000 abitanti.

Per quanto riguarda l'attività in regime diurno non è altrettanto evidenziabile un particolare gradiente geografico. I tassi oscillano da 37,29 per 1.000 abitanti (Friuli-Venezia Giulia) fino a 107,17 (Sicilia). Si rammenta, a tal riguardo, che esistono disomogeneità regionali nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi per i ricoveri in regime diurno.

Il confronto con il parametro di riferimento, indicato dall'Intesa del 23 marzo 2005, di 180‰ senza distinzione della modalità di degenza, evidenzia una frequenza del ricorso all'ospedalizzazione ancora troppo

elevata in molte regioni, soprattutto per quelle del Sud. I tassi standardizzati complessivi che risultano al di sotto del parametro di riferimento sono quelli del Veneto (176,35), Piemonte (171,38), Friuli-Venezia Giulia (152,80), l'Emilia-Romagna (176,68), Marche (176,08) e Toscana (161,60).

Raccomandazioni di Osservasalute

I più recenti piani sanitari, nazionali e regionali, propongono una revisione della rete ospedaliera esistente, ponendo, quale obiettivo prioritario, un riequilibrio tra i livelli di assistenza sanitaria. A tal fine è auspicata una riallocazione delle risorse (dalla cura alla prevenzione, dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale); un incremento del ricovero diurno, in particolare per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza se erogate in modalità ordinaria; l'introduzione di interventi riabilitativi e di lungodegenza in ambito residenziale e domiciliare; una programmazione sanitaria volta all'abbattimento dei tempi di attesa e l'adozione di sistemi di valutazione circa l'appropriatezza della modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

La riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri, anche se risulta già avviata da alcuni anni, in particolare a seguito del DPCM del 29 novembre 2001 di definizione dei livelli essenziali di assistenza, è ancora piuttosto contenuta. I provvedimenti emanati nel 2001 per la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri hanno determinato un trasferimento di alcune prestazioni sanitarie in Day Hospital/Day Surgery con la conseguente contrazione del numero di ricoveri in degenza ordinaria. Contemporaneamente, però, si è anche verificato un incremento, in alcuni casi significativo, della domanda per cui è necessario monitorare nel tempo il processo di ospedalizzazione, al fine di produrre misure correttive adeguate per la razionalizzazione della rete ospedaliera ed un'efficace integrazione della stessa con i servizi sanitari territoriali.

Questi interventi di programmazione sanitaria devono essere accompagnati anche da una costante comunicazione con la popolazione, affinché siano chiare le finalità delle azioni intraprese, in termini di efficacia ed appropriatezza delle prestazioni erogate, nonché di competenze dei vari ambiti assistenziali, ospedaliero e territoriale, rispetto alla diversità delle patologie e dei pazienti presi in carico.

Dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività

Significato. Il bisogno di salute varia in relazione all'età e quindi anche l'entità della domanda di prestazioni sanitarie ospedaliere, quindi l'età del paziente rappresenta un fattore demografico estremamente significativo quando si analizza il ricorso alle prestazioni sanitarie. In particolare la tipologia di assistenza ospedaliera erogata (acuzie, riabilitazione o lungodegenza) risente fortemente delle caratteristiche demo-

grafiche della popolazione e ciò è da attribuire, in parte, anche all'organizzazione dell'offerta di prestazioni sanitarie presso strutture assistenziali di pertinenza territoriale.

I tassi di ospedalizzazione, calcolati a livello regionale, per classi di età e per tipologia di assistenza erogata, consentono di descrivere il fenomeno e le eventuali differenze geografiche.

Tasso di dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni, per classi di età, per tipo di attività}^1}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

¹Regime di degenza ordinario, distintamente nei reparti di attività per acuti, riabilitazione e lungodegenza.

Validità e limiti. Le Schede di Dimissione Ospedaliera, considerate nel calcolo dell'indicatore, sono relative alle dimissioni effettuate, in regime di ricovero ordinario, nel corso dell'anno 2005, dagli istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale. Sono state escluse le dimissioni dei neonati sani, dei pazienti non residenti in Italia e di coloro cui non è stato possibile calcolare l'età, per la presenza di errori nella data di nascita e/o data di ricovero.

È opportuno precisare che nella banca dati complessiva possono essere presenti più schede di dimissione relative al medesimo paziente, con riferimento ad un episodio di ricovero: infatti, se un paziente viene trasferito, all'interno di uno stesso istituto, da una tipologia di attività ad un'altra (ad esempio da un reparto per acuti ad uno di riabilitazione), o da una modalità di ricovero all'altra (dal Day Hospital al regime ordinario e viceversa) devono essere compilate due schede di dimissione, una per ciascuna tipologia di attività erogata o regime di ricovero.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per il tasso di ospedalizzazione specifico per classi di età. Il confronto dei tassi specifici regionali con quello nazionale consente di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero nelle diverse classi di età.

Descrizione dei risultati

Le tabelle mostrano la distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione specifici per classi di età, distintamente per le varie tipologie di attività ospedaliera (acuti, riabilitazione, lungodegenza). Rispetto ai dati relativi alle dimissioni effettuate nel 2004 (Rapporto Osservasalute 2006, pagg. 353-357), si nota una tendenza alla diminuzione dei valori dei tas-

si di ospedalizzazione per acuti, un aumento dei ricoveri in riabilitazione e una situazione stazionaria per quanto riguarda i ricoveri in lungodegenza.

Per quanto riguarda i ricoveri ordinari nelle discipline per acuti, in tutte le regioni i valori più alti si evidenziano nelle classi di età estreme (tabella 1, grafico 1), ovvero nei dimessi di età inferiore a 1 anno (cartogramma) e superiore a 75 anni. Si osserva inoltre che il tasso di ospedalizzazione per i soggetti con età compresa fra 65 e 74 anni è mediamente più elevato nelle regioni del Sud rispetto alle regioni centro-settentrionali.

Relativamente all'attività di riabilitazione sono state considerate classi di età più ampie, perché vi ricorrono più frequentemente pazienti anziani. In particolare si osserva come il tasso di ospedalizzazione assuma i valori più elevati per la classe degli ultrasessantacinquenni e con una considerevole variabilità tra le regioni. Ciò è certamente da attribuire alla diversa progettazione sia delle reti ospedaliere che dei servizi territoriali, anche in termini di dotazione di strutture specializzate nell'assistenza riabilitativa.

Per quanto riguarda l'attività di lungodegenza, il tasso di ospedalizzazione assume valori di rilievo per la classe di età estrema, che comprende gli anziani con età ≥ 75 anni. Anche per questo tipo di assistenza, come per la riabilitazione, emergono notevoli differenze geografiche. I tassi di ospedalizzazione mostrano un'attività di lungodegenza quasi inesistente in Valle d'Aosta (per il 2004 era di 0,2 per 1.000), Friuli-Venezia Giulia (per il 2004 era di 0,4 per 1.000), Liguria (per il 2004 era di 0,4 per 1.000) e Umbria (per il 2004 era di 0,1 per 1.000), mentre i valori più elevati della distribuzione sono in Emilia-Romagna (43,4 per 1.000), Province Autonome di Bolzano (29,3) e Trento (29,2).

Tabella 1 - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime ordinario per acuti, regione e classi di età – Anno 2005

Regioni	Classi di età					Totale
	0-14	15-24	25-64	65-74	75+	
Piemonte	86,0	50,9	82,9	172,2	253,4	108,8
Valle d'Aosta	66,6	59,9	102,0	227,4	319,3	127,4
Lombardia	100,5	65,9	104,6	231,4	336,2	133,9
Bolzano-Bozen	102,1	75,9	110,3	259,3	463,4	145,2
Trento	61,9	52,5	91,4	204,6	331,8	115,9
Veneto	68,0	53,9	88,3	206,1	349,3	117,5
Friuli-Venezia Giulia	56,0	51,5	87,5	204,7	354,6	123,4
Liguria	90,9	62,8	96,5	196,1	317,8	135,7
Emilia-Romagna	82,7	62,0	95,3	204,5	335,0	130,4
Toscana	66,9	50,2	81,2	186,2	319,3	116,3
Umbria	98,7	62,1	91,1	197,8	304,0	126,4
Marche	88,7	59,9	99,8	217,9	342,8	134,9
Lazio	105,3	72,4	116,6	254,3	380,4	147,3
Abruzzo	125,4	91,8	150,5	323,7	449,4	190,4
Molise	121,0	78,9	139,7	310,6	399,3	177,1
Campania	97,1	85,9	130,2	297,9	364,6	148,3
Puglia	119,4	83,2	130,9	289,3	392,4	158,1
Basilicata	82,1	59,3	106,4	255,2	343,8	134,5
Calabria	94,4	80,1	131,5	298,6	383,2	156,4
Sicilia	114,7	76,9	117,6	270,7	344,5	145,3
Sardegna	105,3	81,0	125,2	286,3	414,8	155,6
Italia	95,6	70,0	107,6	236,8	345,5	137,2

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Tassi di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime ordinario per acuti, regione e classi di età < 1 anno. Anno 2005

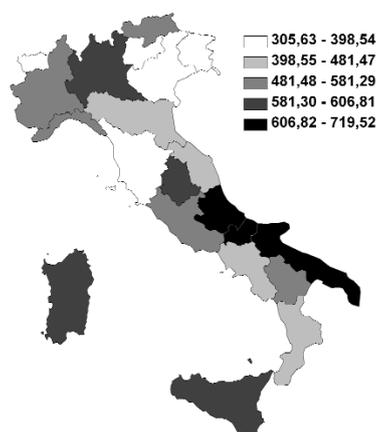
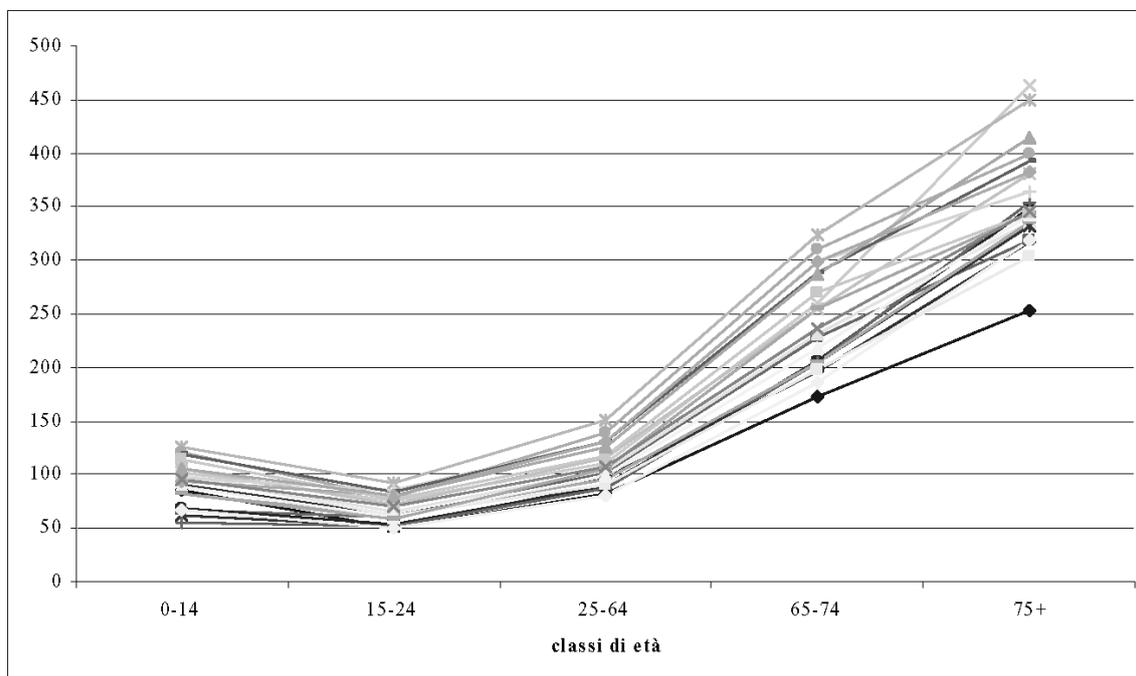


Grafico 1 - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per acuti in regime ordinario - Anno 2005

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Tabella 2 - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime ordinario per riabilitazione, regione e classi di età – Anno 2005

Regioni	Classi di età			
	0-44	45-64	65-74	75+
Piemonte	0,96	5,70	17,90	24,53
Valle d'Aosta	0,88	3,26	12,20	7,57
Lombardia	1,51	7,56	24,67	37,90
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,58</i>	<i>3,75</i>	<i>13,47</i>	<i>27,99</i>
<i>Trento</i>	<i>1,34</i>	<i>9,13</i>	<i>28,98</i>	<i>32,26</i>
Veneto	0,73	4,16	15,16	20,80
Friuli-Venezia Giulia	0,80	2,50	6,78	7,66
Liguria	1,03	5,03	14,87	16,84
Emilia-Romagna	0,57	2,90	8,34	8,71
Toscana	0,59	2,54	8,07	11,97
Umbria	0,83	2,78	7,21	6,38
Marche	0,60	2,50	8,07	8,46
Lazio	0,82	4,40	16,32	30,60
Abruzzo	2,08	9,11	26,30	30,58
Molise	1,32	6,26	16,27	17,62
Campania	0,54	3,07	9,73	12,31
Puglia	0,89	4,32	12,90	14,62
Basilicata	0,69	3,78	8,39	8,84
Calabria	0,85	3,99	11,93	12,52
Sicilia	2,49	5,62	14,62	16,02
Sardegna	0,42	0,83	1,42	1,42
Italia	1,05	4,68	14,72	19,75

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime ordinario per riabilitazione, regione e classe di età 75+. Anno 2005

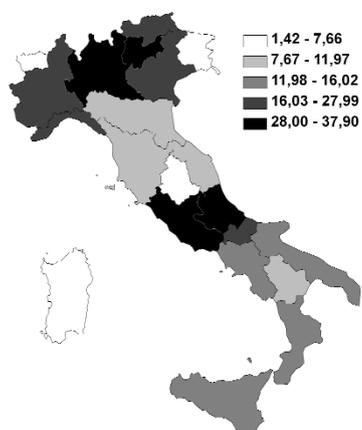
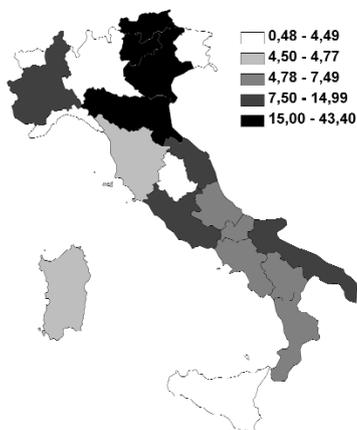


Tabella 3 - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime ordinario per lungodegenza, regione e classi di età – Anno 2005

Regioni	Classi di età		
	0-64	65-74	75+
Piemonte	0,30	3,59	14,99
Valle d'Aosta	0,02	0,15	0,61
Lombardia	0,07	1,05	3,76
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,64</i>	<i>7,93</i>	<i>29,23</i>
<i>Trento</i>	<i>0,57</i>	<i>7,36</i>	<i>29,32</i>
Veneto	0,38	5,20	22,28
Friuli-Venezia Giulia	0,02	0,29	0,50
Liguria	0,03	0,13	0,48
Emilia-Romagna	0,88	10,73	43,40
Toscana	0,10	0,89	4,77
Umbria	0,11	0,36	1,30
Marche	0,72	3,93	14,88
Lazio	0,11	1,48	8,03
Abruzzo	0,21	1,43	6,87
Molise	0,18	1,37	5,20
Campania	1,07	3,04	7,49
Puglia	0,32	4,49	14,56
Basilicata	0,21	1,87	5,13
Calabria	0,44	2,71	5,20
Sicilia	0,11	1,53	4,49
Sardegna	0,09	1,11	4,74
Italia	0,34	2,97	11,68

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime ordinario per lungodegenza, regione e classi di età ≥ 75 anni. Anno 2005



Raccomandazioni di Osservasalute

La lettura congiunta degli indicatori esaminati, evidenzia maggiori e più specifici bisogni assistenziali nelle fasce di età estreme, nonché una discreta variabilità regionale nell'accesso ad alcune forme di assistenza, quali la riabilitazione e la lungodegenza. Questo sottolinea la necessità di porre un'adeguata attenzione nella pianificazione dell'offerta sanitaria, al fine di migliorare la capacità di risposta del sistema ai bisogni di salute della popolazione, di rendere più appropriato l'utilizzo dell'ospedale per le patologie acute e più efficace l'integrazione ospedale-territorio, di garantire l'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

Degenza media

Significato. Un indicatore sintetico di efficienza ospedaliera, calcolabile per i ricoveri effettuati in regime ordinario, è rappresentato dalla degenza media, ovvero dalla durata media della degenza ospedaliera espressa in giorni. Questo indicatore, oltre a fornire una misura dell'efficienza operativa ed organizzativa ospedaliera, è fortemente influenzato dalla complessità di tipo sanitario-assistenziale dei casi trattati. Per approfondire l'analisi della degenza media si è proceduto alla standardizzazione di questo dato rispetto al *case mix*. La degenza media regionale standardizzata per *case mix* rappresenta il valore teorico-atteeso della degenza media che si osserverebbe se ogni regione

presentasse una casistica di ricoveri ospedalieri della medesima complessità di quella dello standard assunto come riferimento.

Tale standard di riferimento è la composizione per DRG della casistica dimessa a livello nazionale nell'anno considerato.

In altre parole è una degenza media "non reale" o "attesa": una diminuzione di tale valore, a seguito della standardizzazione, significa che la regione ha una casistica ospedaliera di complessità maggiore rispetto a quella nazionale; al contrario, un aumento della degenza media standardizzata indica la presenza di una casistica con minore complessità.

Degenza media*

Numeratore	Giornate di degenza erogate, in regime ordinario
Denominatore	Dimissioni totali, in regime ordinario

*La formula del tasso standardizzato per *case mix* è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. Nel calcolo della degenza media sono stati esclusi i ricoveri dei neonati sani e sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti, in regime di degenza ordinaria, effettuati da tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale, nell'anno 2005.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi aggiornati sulla degenza media. Si osserva, nel tempo, una progressiva tendenza alla riduzione della durata della degenza ospedaliera, sia per effetto dell'introduzione del finanziamento prospettico delle prestazioni ospedaliere, sia per le politiche sanitarie in materia di appropriatezza. Negli ultimi anni, la degenza media a livello nazionale si è attestata a 6,7 giorni.

Descrizione dei risultati

La degenza media grezza a livello nazionale è di 6,7 giorni, come quella relativa alle dimissioni effettuate in regime ordinario nel 2004. L'indicatore grezzo assume il valore massimo in Valle d'Aosta (8,4 giorni), ed il valore minimo nella regione Campania (5,4 giorni). In generale per tutte le regioni dell'area meridionale la degenza media si colloca al di sotto del

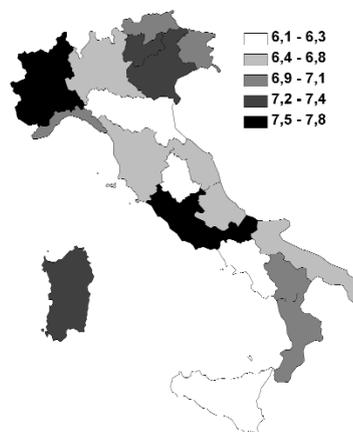
valore medio nazionale, mentre nelle regioni dell'area settentrionale l'indicatore assume valori superiori.

Un'analisi temporale della degenza media evidenzia che, nel periodo 2002-2005, rimane sostanzialmente stabile (grafico 1); considerando che è aumentata, nel tempo, la complessità della casistica trattata, in termini di peso medio dei ricoveri classificati con il sistema DRG, si osserva un chiaro miglioramento nell'utilizzo più appropriato dell'ospedale, dedicato più correttamente al trattamento e alla cura delle patologie acute.

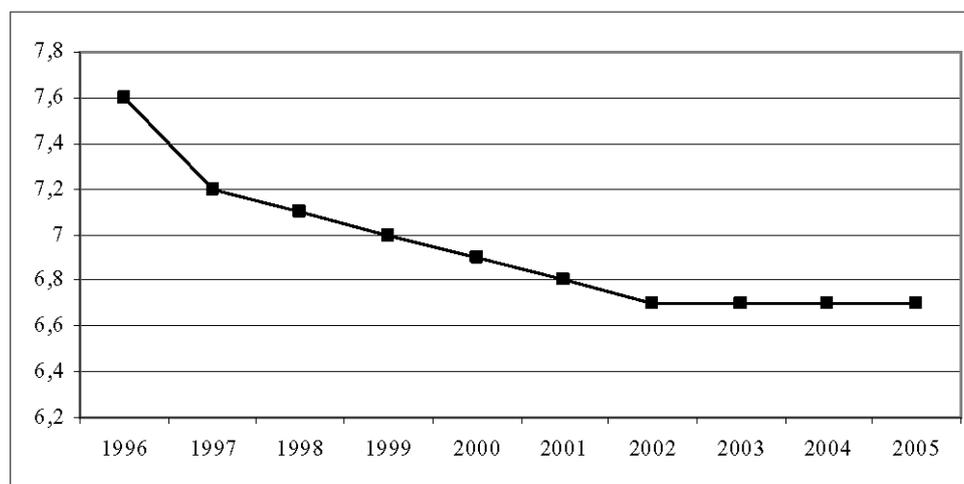
La degenza media standardizzata per *case mix* varia tra il valore minimo di 6,1 di Umbria e Sicilia al valore massimo di 7,8 del Lazio. La distribuzione dei valori regionali evidenzia un gradiente Nord-Sud, con la tendenza per le regioni del Nord alla diminuzione, rispetto alla degenza media, dei valori assunti dalla degenza media standardizzata per *case mix*, indicativi di una maggiore efficienza operativa a parità di casistica trattata; nelle regioni del Sud, invece, incluso il Lazio, si osserva una tendenza all'aumento della degenza media standardizzata per *case mix*, che mette in evidenza una minore efficienza operativa, in termini di consumo di giornate di degenza, per il trattamento e la cura di una casistica con la stessa composizione per DRG di quella nazionale.

Tabella 1 - Degenza media (grezza e standardizzata per case mix) per regione – Anno 2005

Regioni	Grezzo	Std
Piemonte	8,1	7,5
Valle d'Aosta	8,4	7,6
Lombardia	6,5	6,6
Bolzano-Bozen	6,8	7,1
Trento	7,7	7,4
Veneto	7,9	7,4
Friuli-Venezia Giulia	7,4	7,0
Liguria	7,8	6,9
Emilia-Romagna	6,6	6,3
Toscana	7,5	6,8
Umbria	6,3	6,1
Marche	6,9	6,8
Lazio	7,6	7,8
Abruzzo	6,0	6,6
Molise	7,1	7,5
Campania	5,4	6,2
Puglia	6,2	6,7
Basilicata	6,8	6,9
Calabria	6,3	6,9
Sicilia	5,8	6,1
Sardegna	6,7	7,4
Italia	6,7	6,7

Degenza media standardizzata per case mix. Anno 2005

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Grafico 1 - Degenza media per acuti - Anni 1996-2005

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

La lettura della degenza media grezza e standardizzata per *case mix* non è di per sé sufficiente a descrivere l'efficienza ospedaliera. Infatti, oltre alla valutazione del *case mix*, importante per avere una visione più accurata delle informazioni relative alla degenza in ospedale, è importante valutare allo stesso tempo le capacità organizzative delle strutture di ricovero in relazione alla disponibilità ed accessibilità dei servizi ospedalieri di supporto. In ogni caso, l'analisi temporale di questo indicatore, anche standardizzato per *case mix*, rileva che vi sono margini di miglioramento in termini di

riduzione della degenza media ospedaliera, soprattutto se si considerano anche le informazioni basate sull'indicatore che analizza la degenza per tipologia di ricovero e per età ("Dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività", pag. 484). Entrambi gli indicatori sono da monitorare nel tempo, poiché sono il risultato di molteplici fattori che influenzano l'efficienza operativa delle strutture sanitarie nelle varie regioni, non solo fattori organizzativi, ma anche composizione del *case mix*, volumi di ricoveri brevi, di dimissioni *outliers*, di ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario.

Degenza media pre-operatoria nei ricoveri ordinari

Significato. L'indicatore illustra il tempo medio trascorso in ospedale in ricovero ordinario prima di eseguire un intervento chirurgico, il più delle volte per effettuare accertamenti diagnostici o altre attività terapeutiche ed assistenziali propedeutiche all'intervento stesso (degenza media preoperatoria - DMPO).

Nella grande maggioranza dei ricoveri programmati tali attività possono e dovrebbero essere effettuate nel periodo pre ricovero attraverso la rete ambulatoriale, il Day Service o il Day Hospital. Per i ricoveri in urgenza da Pronto Soccorso è quasi sempre possibile snellire l'iter clinico ed assistenziale attraverso l'adozione di adeguati modelli organizzativi (percorsi dia-

gnostici preferenziali, sale e/o sedute operatorie dedicate). Il dato della DMPO può essere pertanto assunto come indicatore *proxy* della capacità di una struttura e di un determinato contesto organizzativo di assicurare una efficiente gestione del percorso preoperatorio in elezione e di pianificare con efficacia l'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica. Una elevata DMPO denota generalmente difficoltà di accesso ai servizi diagnostici ospedalieri o a quelli distrettuali alternativi al tradizionale ricovero che si traduce in un uso potenzialmente inappropriato dei posti letto e delle risorse umane e materiali riservate alla degenza ordinaria.

*Degenza media preoperatoria per ricoveri ordinari**

Numeratore Giornate di degenza preoperatoria per DRG chirurgici

Denominatore Dimissioni con DRG chirurgici

*La formula del tasso standardizzato per *case mix* è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. L'indicatore esprime la massima significatività quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina chirurgica. Quando si confrontano dati di diversi ospedali deve essere posta la massima attenzione alla variabilità determinata dal diverso *case mix* trattato dalle strutture considerate. Per grandi casistiche, riferite come nel nostro caso al complesso degli ospedali di una regione, i *case mix* risultano più omogenei e di conseguenza aumenta sensibilmente il livello di confrontabilità. Per rendere omogeneo il confronto con i dati rilevati negli anni precedenti le serie della tabella 1 riportano valori di DMPO grezzi e pertanto nell'interpretazione dei risultati occorre tenere conto di tale evidenza. Per migliorare il livello di confronto tra le diverse regioni, già evidenziato nelle pubblicazioni degli anni precedenti, e per avere una misura diretta di quanto la diversa composizione della casistica trattata possa influenzare il risultato, la DMPO grezza del 2005 è stata confrontata anche con la DMPO standardizzata per il *case mix* trattato nelle singole regioni.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore medio nazionale può essere assunto come riferimento per individuare le migliori *performance* mentre i valori più bassi di DMPO rilevati forniscono una misura significativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso assistenziale preoperatorio.

Descrizione dei risultati

La tabella 1 riporta i valori di DMPO grezzi rilevati dal 2002 al 2005. L'analisi dei risultati deve pertanto

tenere conto dei limiti evidenziati in precedenza, soprattutto quando si confrontano tra loro i risultati delle diverse regioni. Al contrario il confronto della serie temporale riferita a ciascuna regione, fondato su dati rilevati da casistiche più omogenee, è senz'altro meno influenzato da tale *bias* e quindi consente interpretazioni maggiormente significative.

In generale la ricerca di efficienza successiva all'aziendalizzazione del SSN ha determinato una forte riduzione della DMPO già negli anni antecedenti a quelli considerati. Nel periodo in esame la DMPO del livello nazionale registra una riduzione di entità assolutamente modesta in rapporto ai potenziali margini di miglioramento, da 2,13 giorni nel 2002 a 2,04 nel 2005 (tabella 1).

Il range dei valori risulta sempre molto elevato ed aumenta nei diversi anni, ad eccezione del 2004. Nel 2005 il range della DMPO grezza è pari a 1,84 giorni (1,28 del Friuli-Venezia Giulia contro 3,12 del Lazio). Questi dati mettono in evidenza che i risultati raggiunti non sono uniformi nel territorio nazionale e che persistono tuttora rilevanti differenze regionali, sebbene tra l'anno 2002 e l'anno 2005 sia evidente una progressiva, seppure lieve, riduzione della DMPO in quasi tutte le regioni considerate, con eccezioni significative per le Province Autonome di Bolzano e Trento ed il Lazio (grafico 1).

La standardizzazione per il *case mix* effettuata sui dati 2005 modifica in modo sensibile il confronto tra le diverse realtà regionali (tabella 2 e grafico 2). Il range cresce oltre i due giorni (1,27 del Friuli-Venezia Giulia contro 3,28 del Lazio), i valori di DMPO si

riducono in otto regioni del Centro-Nord e peggiorano in Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Bolzano, Marche, Lazio e in tutte le regioni del Sud. L'analisi dimostra che dieci regioni presentano valori di DMPO superiori alla media nazionale (Liguria, Lazio e tutte le regioni del Sud) e che, ad eccezione della Liguria, la standardizzazione penalizza in modo significativo le loro *performance*, aumentando ulteriormente il divario rispetto al valore medio. I dati rilevati da una

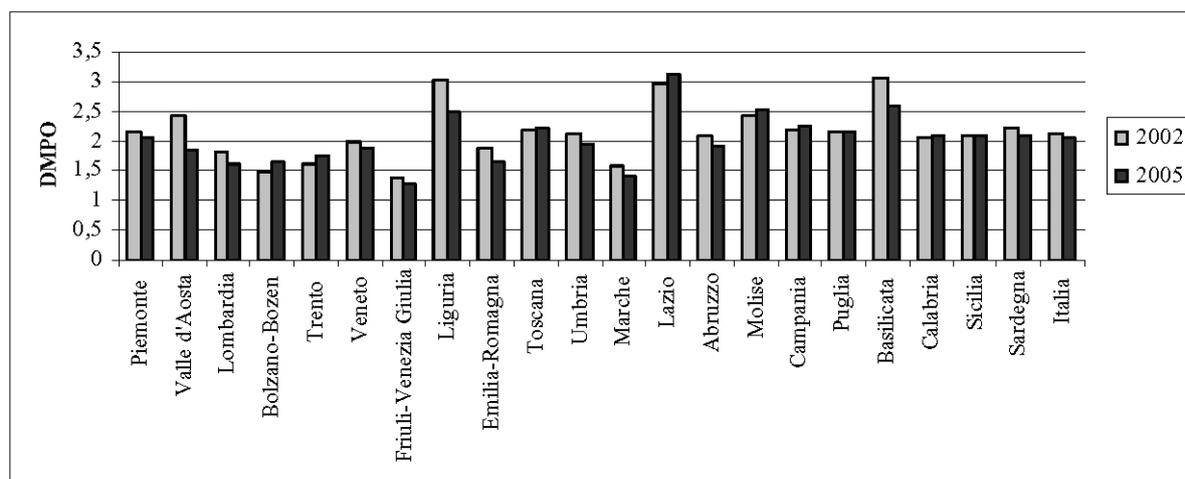
parte confermano l'efficacia delle misure adottate in alcune regioni, in particolare del Nord, per riorganizzare i percorsi assistenziali ospedalieri ed al contempo per migliorare l'accessibilità ai servizi diagnostici extraospedalieri in funzione dell'appropriatezza d'uso dell'ospedale, dall'altra mettono in evidenza gli effettivi margini di miglioramento per le regioni che non hanno ancora adottato misure in tal senso.

Tabella 1 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) grezza in regime di ricovero ordinario e variazione (assoluta e percentuale) per regione – Anni 2002-2005

Regioni	2002	2003	2004	2005	Δ assoluta 2002-2005	Δ % 2002-2005
Piemonte	2,17	2,09	2,01	2,04	-0,13	-5,99
Valle d'Aosta	2,42	2,35	2,10	1,84	-0,58	-23,97
Lombardia	1,83	1,72	1,61	1,61	-0,22	-12,02
Bolzano-Bozen	1,49	1,47	1,56	1,64	0,15	10,07
Trento	1,62	1,72	1,69	1,74	0,12	7,41
Veneto	2,00	1,92	1,89	1,89	-0,11	-5,50
Friuli-Venezia Giulia	1,39	1,32	1,29	1,28	-0,11	-7,91
Liguria	3,03	3,10	2,58	2,48	-0,55	-18,15
Emilia-Romagna	1,88	1,78	1,71	1,64	-0,24	-12,77
Toscana	2,19	2,19	2,24	2,23	0,04	1,83
Umbria	2,13	2,06	2,08	1,94	-0,19	-8,92
Marche	1,58	1,55	1,48	1,43	-0,15	-9,49
Lazio	2,96	2,89	2,89	3,12	0,16	5,41
Abruzzo	2,07	1,95	1,91	1,92	-0,15	-7,25
Molise	2,42	2,41	2,32	2,51	0,09	3,72
Campania	2,20	2,27	2,35	2,25	0,05	2,27
Puglia	2,16	2,17	2,19	2,16	0,00	0,00
Basilicata	3,05	3,06	2,71	2,58	-0,47	-15,41
Calabria	2,04	2,04	2,05	2,07	0,03	1,47
Sicilia	2,10	2,15	2,12	2,10	0,00	0,00
Sardegna	2,23	2,31	2,32	2,08	-0,15	-6,73
Italia	2,13	2,09	2,04	2,04	-0,09	-4,23

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Grafico 1 - Degenza media preoperatoria (DMPO) in regime di ricovero ordinario per regione – Anni 2002-2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Tabella 2 - DMPO (grezza e standardizzata per case mix) in regime di ricovero ordinario per regione - Anno 2005

Regioni	Grezza	Std
Piemonte	2,04	1,92
Valle d'Aosta	1,84	1,86
Lombardia	1,61	1,64
Bolzano-Bozen	1,64	1,77
Trento	1,74	1,68
Veneto	1,89	1,80
Friuli-Venezia Giulia	1,28	1,27
Liguria	2,48	2,10
Emilia-Romagna	1,64	1,60
Toscana	2,23	1,96
Umbria	1,94	1,76
Marche	1,43	1,48
Lazio	3,12	3,28
Abruzzo	1,92	2,13
Molise	2,51	2,64
Campania	2,25	2,63
Puglia	2,16	2,45
Basilicata	2,58	2,60
Calabria	2,07	2,52
Sicilia	2,10	2,24
Sardegna	2,08	2,39
Italia	2,04	2,04

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

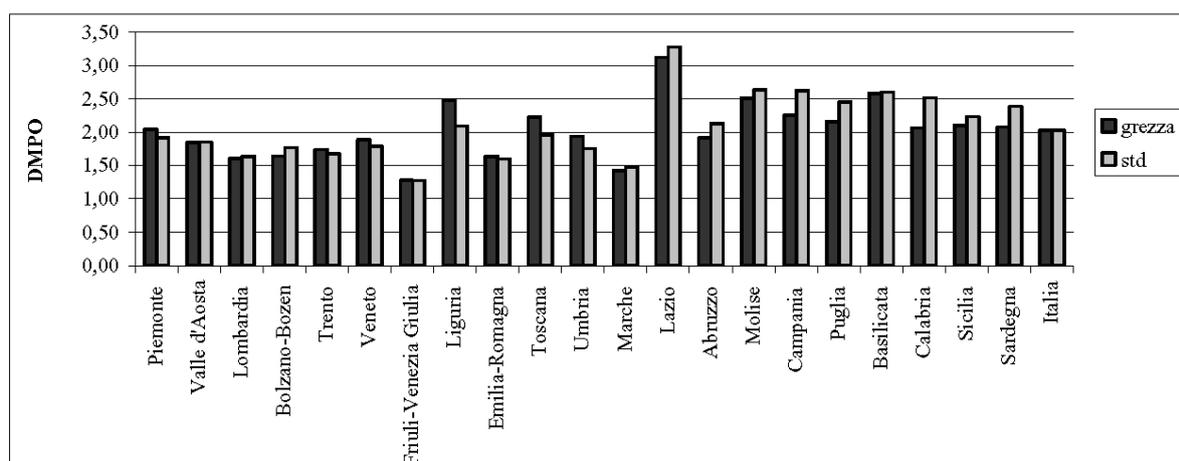
I dati di DMPO presentati riguardano sia i ricoveri programmati che i ricoveri urgenti. Una attenta gestione dei percorsi preoperatori per i ricoveri pro-

grammati e l'adozione di apposite Linee Guida per codificare le prassi assistenziali ed organizzative da adottare per i ricoveri effettuati in urgenza, possono evitare in entrambi i casi attese ingiustificate e ritardi nell'esecuzione dell'intervento chirurgico e quindi migliorare sensibilmente la gestione del percorso assistenziale del paziente, non solo in termini di efficienza ma anche riguardo il gradimento, l'efficacia, la sicurezza e gli esiti degli interventi stessi.

A tale riguardo occorre considerare che se il sistema di rimborso a prestazione e le opportunità offerte dall'evoluzione scientifica e tecnologica hanno favorito la progressiva riduzione della degenza media dei ricoveri chirurgici in degenza ordinaria, l'analisi della serie storica presentata sembra mostrare che il maggior contributo alla riduzione della degenza media per i ricoveri chirurgici sia dato dalla riduzione della degenza post intervento. Nelle realtà che hanno raggiunto limiti molto bassi di degenza media complessiva, sia i clinici che varie organizzazioni di tutela dei pazienti ritengono più utile ed etico che la ricerca dell'efficienza ed il "guadagno" in termini di giornate di degenza risparmiate siano perseguiti soprattutto attraverso l'ottimizzazione dei percorsi preoperatori piuttosto che con politiche assistenziali volte a favorire la dimissione precoce, a volte intempestiva, dei pazienti operati.

Le evidenze rilevate e queste considerazioni dovrebbero spingere tutte le regioni a monitorare con attenzione il fenomeno anche allo scopo di definire soglie massime di DMPO per i più frequenti DRG chirurgici.

Grafico 2 - DMPO (grezza e standardizzata per case mix) in regime di ricovero ordinario per regione - Anno 2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Degenza media pre-operatoria per alcuni DRG in ricovero ordinario

Significato. L'indicatore analizza la Degenza Media Preoperatorie (DMPO) relativa al DRG 162 (Interventi per ernia inguinale e femorale, età >17 senza complicanze), 198 (Colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare senza complicanze), 209 (Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori) e 232 (Artroscopia).

La scelta dei DRG è stata fatta in funzione della numerosità della casistica, dell'elevata proporzione di casi gestiti in elezione (che minimizza le difficoltà di

interpretazione connesse alla presenza dei casi gestiti in urgenza) e della rilevanza sociale delle relative patologie. I dati di DMPO dei DRG prescelti rappresentano pertanto degli ottimi traccianti della effettiva capacità di un determinato contesto organizzativo di assicurare un servizio effettivamente orientato alle esigenze dei pazienti attraverso un'efficiente gestione del percorso preoperatorio ed un'ottimale pianificazione dell'utilizzo delle sale operatorie.

Degenza media preoperatoria per ricoveri ordinari

Numeratore Giornate di degenza preoperatoria per alcuni DRG chirurgici (162, 198, 209, 232)

Denominatore Dimissioni con DRG chirurgico

Validità e limiti. L'indicatore DMPO esprime la massima significatività quando si confrontano singoli DRG e pertanto i risultati presentati possono essere considerati complementari e più specifici riguardo l'analisi condotta nella sezione precedente sul complesso della casistica chirurgica regionale. Il confronto della DMPO DRG specifica deve peraltro tenere conto delle sensibili differenze regionali dell'indice di attrazione per le patologie considerate, in specie per quelle più complesse, per l'oggettiva difficoltà di adottare appropriati percorsi preoperatori extraospedalieri per i cittadini non residenti. L'analisi della percentuale degli interventi effettuati nei primi due giorni di ricovero potrebbe rappresentare un'estensione dello studio utile per affinare la valutazione e la comprensione del fenomeno di interesse, in specie a livello delle singole strutture di ricovero.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori più bassi di DMPO rilevati per ciascuno dei quattro DRG considerati individuano le migliori *performance* e forniscono una misura diretta e molto significativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso preoperatorio DRG specifico.

Descrizione dei risultati

La tabella 1 ed il grafico 1 illustrano i valori nazionali di DMPO rilevati nel periodo 2002-2005 per tutti i dimessi con DRG chirurgico e con i DRG selezionati (162, 198, 209 e 232).

Nel periodo in esame si rileva una costante diminuzione della DMPO per tutti i DRG considerati, segno dell'attenzione posta ai diversi livelli del sistema per otti-

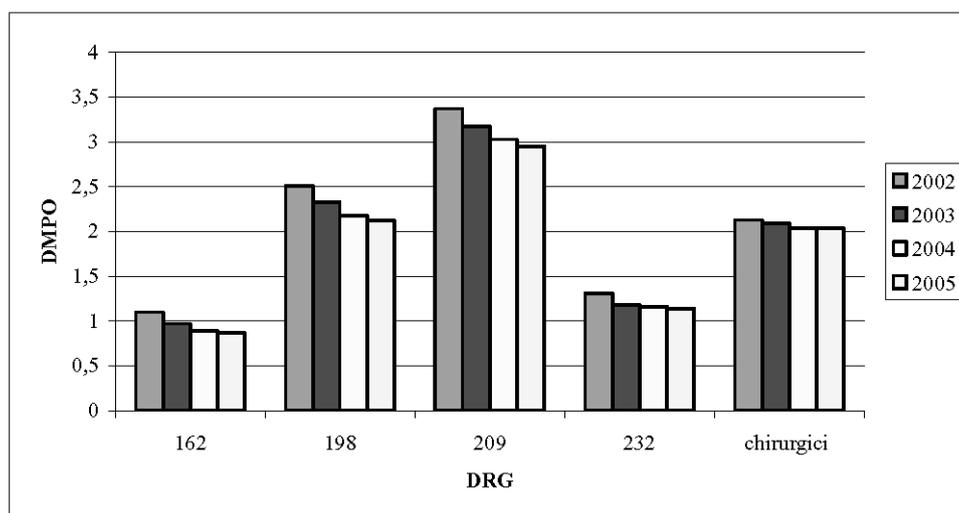
mizzare almeno i percorsi preoperatori e/o la fase di pre-ospedalizzazione delle principali patologie chirurgiche gestibili attraverso un ricovero programmato. Anche per il 2005 la riduzione di DMPO dei DRG esaminati risulta significativa in senso assoluto rispetto all'anno precedente, in specie se si considera che nello stesso periodo il valore riferito a tutti i DRG chirurgici non ha fatto registrare alcun miglioramento. La tabella 2 analizza, per regione, la DMPO dei dimessi nel 2005 con i DRG selezionati. Il maggior livello di dettaglio dell'analisi mette in evidenza da un lato la costante variabilità della DMPO in funzione della complessità dei casi trattati e dall'altro le forti differenze ancora esistenti nelle varie regioni, con un evidente e significativo divario tra Nord e Sud. La regione Friuli-Venezia Giulia registra, analogamente al 2004, i valori più bassi per tutte le patologie considerate mentre, con rare eccezioni e nonostante il complessivo miglioramento rispetto all'anno precedente, le regioni del Centro-Sud si contendono il primato opposto. Il range dei valori di DMPO per i DRG in esame risulta sempre elevato e spesso è superiore al valore della media nazionale.

L'analisi sembra dimostrare che nelle singole regioni il livello delle *performance* ed il trend di miglioramento è abbastanza costante. Quindi sia il *ranking* che lo scostamento, positivo o negativo, rispetto alla media nazionale risultano simili per i diversi DRG considerati, segno evidente che la gestione del percorso preoperatorio è influenzata da modelli organizzativi e prassi operative ampiamente diffusi, consolidati e caratteristici di ciascun contesto.

Tabella 1 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime ordinario per alcuni DRG chirurgici - Anni 2002-2005

Regioni	2002	2003	2004	2005	Δ assoluta 2002-2005	Δ % 2002-2005
162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc	1,10	0,97	0,89	0,87	0,23	-20,91
198 - Colectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, senza cc	2,51	2,33	2,18	2,12	0,39	-15,54
209 - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	3,37	3,17	3,03	2,95	0,42	-12,46
232 - Artroscopia	1,31	1,18	1,16	1,14	0,17	-12,98
DRG chirurgici	2,13	2,09	2,04	2,04	0,09	-4,23

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

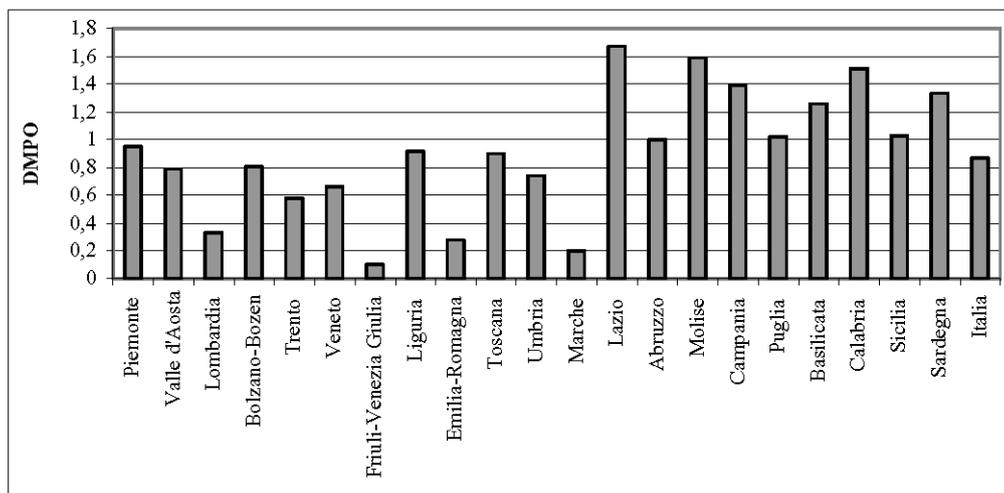
Grafico 1 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime ordinario per alcuni DRG chirurgici - Anni 2002-2005

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

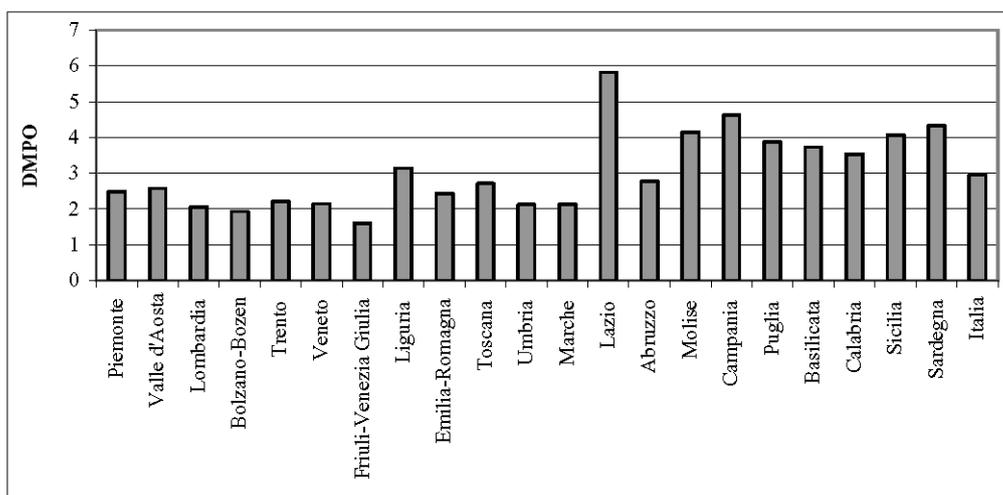
Tabella 2 - Degenza Media Preoperatoria (DMPO) in regime ordinario per regione e alcuni DRG chirurgici - Anno 2005

Regioni	DRG			
	162	198	209	232
Piemonte	0,95	2,31	2,49	1,38
Valle d'Aosta	0,79	2,22	2,58	0,00
Lombardia	0,33	1,56	2,06	0,45
Bolzano-Bozen	0,81	1,29	1,92	0,60
Trento	0,58	0,87	2,21	0,83
Veneto	0,66	1,46	2,15	1,06
Friuli-Venezia Giulia	0,10	0,76	1,60	0,18
Liguria	0,92	1,67	3,15	2,00
Emilia-Romagna	0,28	1,41	2,43	0,85
Toscana	0,90	2,55	2,72	1,05
Umbria	0,74	1,85	2,12	0,92
Marche	0,20	1,76	2,13	0,43
Lazio	1,67	3,18	5,82	2,64
Abruzzo	1,00	2,26	2,76	1,10
Molise	1,59	2,94	4,14	1,40
Campania	1,39	2,46	4,63	1,55
Puglia	1,02	2,75	3,87	1,35
Basilicata	1,26	2,45	3,73	1,03
Calabria	1,51	3,15	3,54	1,54
Sicilia	1,03	2,12	4,07	1,80
Sardegna	1,33	2,60	4,34	1,39
Italia	0,87	2,12	2,95	1,14

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Grafico 2 - Degenza media preoperatoria per il DRG 162 in regime di ricovero ordinario per regione - Anno 2005

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Grafico 3 - Degenza media preoperatoria per il DRG 209 in regime di ricovero ordinario per regione - Anno 2005

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

In linea di massima l'analisi della DMPO dei DRG chirurgici selezionati suggerisce le medesime considerazioni fatte nella precedente sezione a proposito della DMPO relativa a tutti i DRG chirurgici. Tuttavia, anche in considerazione del fatto che il miglioramento rilevato nel gruppo di DRG studiati è nettamente superiore a quello registrato per l'insieme dei DRG chirurgici, alcune DMPO osservate in qualche regione appaiono anomale e difficilmente giustificabili in relazione alle opportunità offerte dall'evoluzione delle tecniche diagnostiche, dalla loro minore invasività e dalla diffusa affermazione di modelli organizzativi in grado di assi-

curare una efficace ed attiva gestione del percorso preoperatorio in regime ambulatoriale. Differenze regionali anomale e DMPO prossime al doppio dei valori medi nazionali, soprattutto per le regioni del Centro-Sud (grafici 2 e 3), oltre che denotare un uso inefficiente delle strutture di ricovero, gravano sui pazienti esponendoli inutilmente a disagi e rischi insiti in un'ospedalizzazione inappropriata. Potrebbe quindi essere del tutto giustificata l'adozione di misure volte a disincentivare, anche attraverso adeguate politiche tariffarie, quelle strutture che non rispettassero soglie massime di DMPO per un set di DRG selezionati e/o per patologie chirurgiche gestibili attraverso il ricovero programmato.

Utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inapproprietezza

Significato. L'indicatore verifica l'entità di utilizzo del Day Hospital (DH) rispetto al ricovero ordinario per i 26 DRG Medici elencati nell'allegato 2C del DPCM 29/11/2001 e definiti "ad alto rischio di inapproprietezza" se erogati in regime di degenza ordinaria. L'indicatore consente pertanto di monitorare direttamente il raggiungimento dei valori soglia fissati dalle singole regioni rispetto alla percentuale di trasferimento in DH dei DRG in esame, come previsto da specifiche indicazioni contenute in un successivo accordo della Conferenza Stato-Regioni del 1 Agosto 2002.

È opportuno sottolineare che, in coerenza con le indicazioni dello stesso DPCM, diverse regioni hanno ampliato la gamma dei DRG "potenzialmente inappropriati" che le strutture sanitarie possono trattare in un *setting* assistenziale diverso dal ricovero ordinario con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse.

La percentuale di ricovero in Day Hospital, analizzata isolatamente, non è espressione di appropriatezza e non consente di valutare compiutamente il fenomeno dei ricoveri medici impropri, poiché è influenzata da due variabili molto importanti: il tasso di dimissione ospedaliera (TD) ed i volumi di prestazioni alternative effettuate in regime ambulatoriale e di Day Service. In assenza di dati attendibili sull'attività ambulatoriale la relazione tra la percentuale di Day Hospital ed il tasso di dimissione standardizzato per età (TDS) per i DRG in esame può fornire sia una misura indiretta dell'accessibilità e dell'utilizzo dei servizi ambulatoriali distrettuali in funzione della complessiva riduzione dei ricoveri considerati, sia consentire una valutazione della reale efficacia delle azioni adottate dalle regioni per migliorare l'appropriatezza organizzativa ed il corretto utilizzo del DH per tali DRG.

Percentuale di ricoveri per DRG medici a rischio di inapproprietezza

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere in Day Hospital*}}{\text{Dimissioni ospedaliere in Ricovero ordinario e in Day Hospital*}} \times 100$$

Tasso di dimissioni ospedaliere per DRG medici a rischio di inapproprietezza**

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (Ricovero ordinario + Day Hospital)*}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

*Per i 26 DRG medici considerati.

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

Validità e limiti. Dopo l'emanazione del DPCM sui LEA del 29 novembre 2001 tutte le regioni hanno individuato, sebbene con tempi diversi, i valori soglia di ammissibilità dei ricoveri ordinari per i DRG che l'allegato 2C considera "ad alto rischio di inapproprietezza". I valori soglia individuati a livello delle singole regioni sono tuttavia sensibilmente differenti. Tale variabilità è dovuta alle diverse caratteristiche e agli orizzonti temporali delle azioni messe in campo per migliorare l'appropriatezza d'uso delle strutture di ricovero che hanno condizionato sia la scelta degli obiettivi che i risultati conseguibili nel breve periodo. Inoltre alcune regioni che hanno introdotto ulteriori limitazioni dell'ammissibilità dei ricoveri ordinari, in molti casi hanno esteso gli interventi alla rete distrettuale, prevedendo azioni e percorsi per trasferire attività e prestazioni tipiche dei DRG considerati in un contesto extradegenza ospedaliera (ambulatorio, Day Service).

Nella presente sezione saranno illustrati, mediante il confronto 2004-2005, i dati relativi alla percentuale di Day Hospital ed al tasso di dimissione standardizzato delle diverse regioni riguardo il set dei DRG medici ad elevato rischio di inapproprietezza. La percentuale del ricovero in Day Hospital consente di valutare l'appropriatezza del *setting* assistenziale mentre il confronto con i rispettivi tassi di ospedalizzazione nei periodi considerati rende immediatamente evidente per ogni regione l'impatto delle azioni attuate in termini di ricoveri complessivamente "risparmiati".

Valore di riferimento/Benchmark. A causa dell'interdipendenza dei due parametri considerati il valore medio nazionale rilevato non fornisce una misura di riferimento assoluta. Si ipotizza un valore di riferimento ottimale caratterizzato da un basso tasso di dimissione ed una elevata percentuale di Day Hospital.

Descrizione dei risultati

Per migliorare l'appropriatezza organizzativa dell'ospedale ogni regione ha dovuto promuovere strategie di intervento ed azioni che, sebbene coerenti con le indicazioni del DPCM, fossero innanzitutto compatibili con il proprio contesto organizzativo di riferimento. Gli interventi attuati presentano pertanto caratteristiche e importanza di grado diverso anche se riconducibili ad alcune fondamentali categorie (come ad esempio: abbattimenti tariffari dei DRG/LEA, adozione di sistemi di controllo esterno, coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, sviluppo di programmi per il trasferimento nel regime ambulatoriale di prestazioni specialistiche complesse, disincentivazione economica in rapporto alle soglie di ammissibilità, etc.). Le stesse soglie di ammissibilità in ricovero ordinario stabilite a livello regionale, come già sottolineato, sono state individuate con criteri e modalità differenti e quindi devono indurre una certa cautela quando si effettuano confronti tra le diverse realtà regionali.

Il confronto 2004-2005 relativo a tutti i ricoveri attribuiti ai 26 DRG medici a rischio di inapproprietezza dimostra che a distanza di oltre 4 anni tali ricoveri continuano a diminuire in coerenza con le indicazioni poste dal DPCM 29/11/2001, seppure con risultati non uniformi in tutto il paese (tabella 1, grafici 1 e 2).

A livello nazionale il tasso di dimissione (TD) per 1.000 abitanti per i DRG medici LEA diminuisce passando da 25,68 del 2004 a 24,84 del 2005. Tutte le regioni del Centro-Nord, tranne la Provincia Autonoma di Bolzano, Liguria e Lazio, presentano TD per i DRG in esame inferiori alla media nazionale, mentre tutte le regioni del Sud mostrano una distribuzione di segno opposto. La variabilità del TDS resta elevata anche nel 2005 ed il range è compreso tra 9,45 dimissioni per 1.000 abitanti della Valle d'Aosta e 41,17 della Sicilia. Complessivamente tutte le regioni fanno registrare una diminuzione del TDS ad eccezione del Lazio e della Campania che incrementano tale parametro, anche grazie al contributo di un anomalo aumento dei ricoveri in DH.

L'andamento nazionale dei trasferimenti in regime di Day Hospital nell'anno 2005 è di segno positivo con una percentuale che si attesta intorno al 42% ed una crescita rispetto all'anno precedente del 4,30%. La variabilità regionale risulta molto ampia con valori distribuiti in modo non omogeneo intorno alla media (range compreso tra 15,05% della PA di Trento e 59,44% della Liguria). Quindici regioni registrano valori più bassi della media nazionale mentre soltanto sei presentano valori superiori (Liguria, Lazio, Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia). In tutte le regioni, ad eccezione di Piemonte, PA di Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Sardegna, è aumentata in modo variabile la percentuale di utilizzo del DH per i DRG /LEA in esame (tabella 1).

L'analisi congiunta dei tassi di dimissioni ospedaliere standardizzati per i DRG medici a rischio di inapproprietezza e della percentuale di questi ricoveri effettuata in Day

Hospital, considerando come valori di riferimento i dati nazionali del 2005, fornisce 4 diverse rappresentazioni che riassumono con efficacia la situazione, i risultati conseguiti e i possibili obiettivi di programmazione nelle varie realtà regionali (grafico 2):

1) le regioni che associano un TDS superiore e % di utilizzo del DH inferiore rispetto alla media nazionale esprimono situazioni in controtendenza rispetto alle indicazioni del DPCM 2001. Ad un utilizzo improprio ed ampio del regime di ricovero ordinario si aggiunge un eccesso di ospedalizzazione che dovrebbe essere in qualche modo contrastato con azioni rivolte sia al contenimento della domanda di ricovero sia al potenziamento di servizi diagnostici ed assistenziali alternativi. In questa situazione si trovano 4 regioni (Abruzzo, Molise, Puglia e Sardegna), mentre la PA di Bolzano risulta francamente anomala solo per la bassa % di utilizzo del DH;

2) le regioni che si posizionano nell'area caratterizzata da TDS e % di utilizzo del DH superiori rispetto alla media nazionale esprimono un sovrautilizzo delle strutture di ricovero, in specie diurno, che potrebbe denotare una scarsa offerta e/o accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali. Liguria, Lazio, Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia registrano un andamento in tal senso che dovrebbe indurre a porre particolare attenzione oltre che alla riduzione della domanda di ricovero all'effettiva utilità ed appropriatezza d'uso del Day Hospital;

3) nessuna regione presenta una situazione teoricamente ottimale, con TDS inferiore e % di DH superiore alla media nazionale. A tale condizione, che esprimerebbe un ricorso minimo al ricovero in degenza ordinaria per il set dei DRG medici/LEA ed un ampio utilizzo del DH e dei servizi extradegenza, si avvicinano concretamente alcune delle regioni comprese nel gruppo successivo, in particolare Piemonte e Toscana;

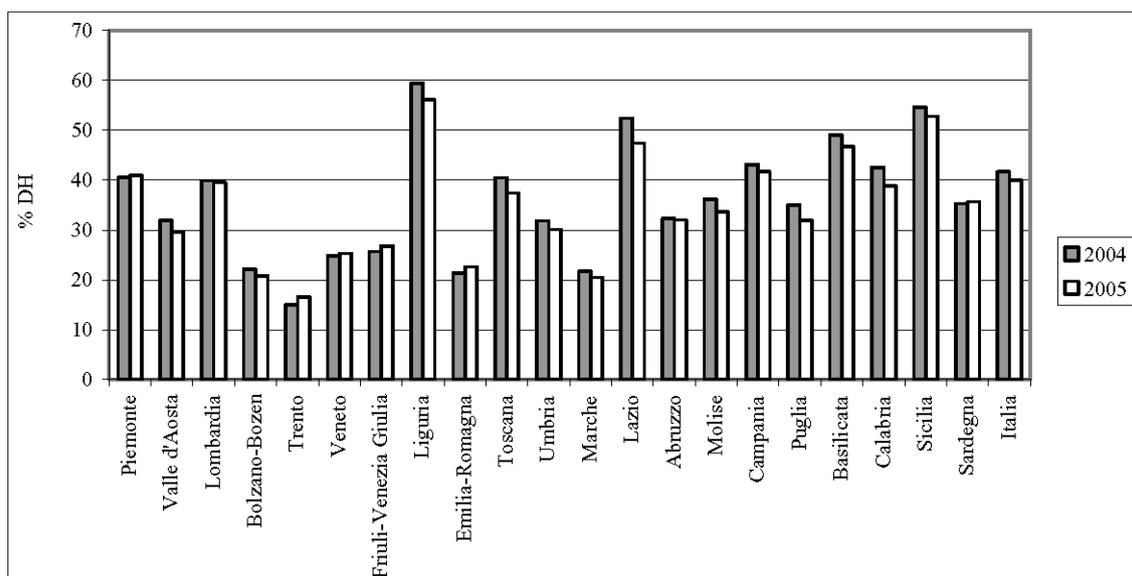
4) le regioni che presentano un TDS e una % di DH inferiore alla media nazionale dimostrano come sia possibile adottare efficaci politiche di contrasto del fenomeno dell'inapproprietezza dei ricoveri. Le azioni intraprese hanno probabilmente interessato oltre che il settore ospedaliero anche l'individuazione di percorsi diagnostici terapeutici extradegenza e l'attivazione di modelli organizzativi sul tipo del Day Service. Fanno parte di questo gruppo circa la metà delle regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche). È evidente che in queste realtà l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione per i DRG medici a rischio di inapproprietezza è stata giocata sia sul fronte del ricovero ordinario che del ricovero diurno facendo leva sul livello di offerta, su elevate *performance* e sull'accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali e distrettuali. Purtroppo il vuoto informativo relativo all'attività ambulatoriale costituisce un limite per un'oggettiva ed esaustiva valutazione delle azioni rivolte in questa direzione.

Tabella 1 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) e percentuale di utilizzo del Day Hospital per tutti i DRG medici a rischio di inappropriatazza, per regione - Anni 2004, 2005

Regioni	Tasso standardizzato			% Casi DH		
	2004	2005	Δ %	2004	2005	Δ %
Piemonte	13,05	11,91	-8,74	40,90	40,51	-0,95
Valle d'Aosta	10,53	9,45	-10,26	29,50	31,91	8,17
Lombardia	21,97	21,50	-2,14	39,60	39,87	0,68
Bolzano-Bozen	28,72	26,08	-9,19	20,80	22,12	6,35
Trento	15,28	14,49	-5,17	16,50	15,05	-8,79
Veneto	15,51	14,57	-6,06	25,30	24,83	-1,86
Friuli-Venezia Giulia	10,75	10,62	-1,21	26,80	25,69	-4,14
Liguria	28,93	26,65	-7,88	56,10	59,44	5,95
Emilia-Romagna	13,72	12,79	-6,78	22,60	21,38	-5,40
Toscana	12,78	12,27	-3,99	37,40	40,51	8,32
Umbria	21,12	18,04	-14,58	30,10	31,85	5,81
Marche	13,50	12,41	-8,07	20,50	21,69	5,80
Lazio	33,36	34,71	4,05	47,40	52,39	10,53
Abruzzo	42,17	40,33	-4,36	32,00	32,27	0,84
Molise	37,05	36,06	-2,67	33,60	36,16	7,62
Campania	36,65	37,12	1,28	41,70	43,11	3,38
Puglia	30,51	29,92	-1,93	31,90	35,01	9,75
Basilicata	29,72	27,14	-8,68	46,70	49,06	5,05
Calabria	37,39	35,23	-5,78	38,90	42,55	9,38
Sicilia	44,05	41,17	-6,54	52,80	54,61	3,43
Sardegna	37,17	35,54	-4,38	35,70	35,28	-1,18
Italia	25,68	24,84	-3,27	40,00	41,72	4,30

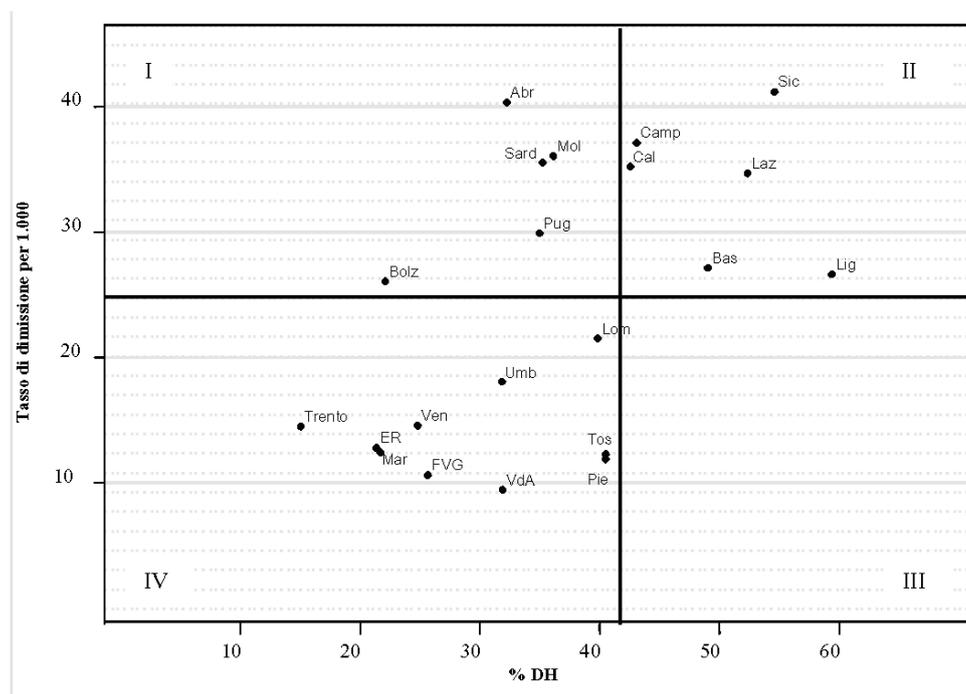
Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Grafico 1 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital per tutti i DRG medici a rischio di inappropriatazza per regione - Anni 2004, 2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Grafico 2 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital e tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per i DRG medici a rischio di inappropriatezza per regione – Anno 2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi svolta conferma che le indicazioni del DPCM 29/11/2001, sebbene in larga massima rispettate ed in molti casi positivamente superate grazie all'adozione di efficaci politiche volte a contrastare il fenomeno dell'inappropriato uso dell'ospedale, in alcune regioni (quelle del primo e del secondo gruppo-grafico 2) non hanno ancora sortito l'effetto atteso. Comunque il trend generale rispecchia abbastanza fedelmente le indicazioni della programmazione nazionale. Si può peraltro prevedere che il consolidamento delle azioni avviate nelle diverse realtà regionali possa produrre in prospettiva ulteriori risultati positivi, fino a ridurre in modo significativo le consistenti differenze rilevate tra le diverse aree del paese. A tale riguardo le raccomandazioni poste in passato da Osservasalute al fine di perseguire un effettivo miglioramento del *setting* assistenziale per i DRG ad elevato rischio di inappropriatezza sono ancora attuali e mantengono la loro validità, specie per quelle situazioni limite che nel frattempo non hanno ancora avviato o messo a regime efficaci azioni correttive. Occorre pertanto continuare a promuovere azioni mirate alla riduzione della domanda di ricovero ed al progressivo trasferimento dell'attività di degenza ordinaria in Day Hospital e nella rete dei servizi ambulatoriali e distrettuali, senza trascurare l'esigenza di disporre di maggiori informazioni rispetto all'offerta ed all'accessibilità dei servizi ambulatoriali al fine di valutare compiutamente alcuni importanti determi-

nanti dell'inappropriatezza dei ricoveri.

Rispetto a questo ultimo aspetto il confronto dei dati 2004-2005 conferma definitivamente che in un numero sempre maggiore di regioni non sembra logico perseguire ancora l'obiettivo di trasferire attività di ricovero ordinario in DH e di incrementare la quota di ricovero in tale sede. Infatti, avendo già agito sulla domanda e sulla struttura dell'offerta, tali realtà registrano TDS molto bassi, costanti decrementi dell'attività di DH per i DRG considerati e sembrano avere aperto un nuovo fronte che pone al centro dei percorsi diagnostici e terapeutici, anche per prestazioni di una certa complessità, il livello di assistenza distrettuale.

Tali nuove evidenze suggeriscono l'utilità di rimodulare le ipotesi di analisi e di programmazione.

In termini di analisi, oltre ai parametri studiati, per rendere più robuste le valutazioni a livello delle singole regioni, sarebbe opportuno considerare anche il tasso di dimissione al netto dei ricoveri di 1 giorno in DO e DH, valutare meglio la natura di tali accessi, per lo più diagnostici, ed avviare anche solo localmente rilevazioni omogenee sulle tipologie di attività di diagnostica ambulatoriale che hanno dimostrato di avere un impatto positivo sul fronte dell'appropriatezza dei ricoveri.

In termini di programmazione occorre che sia concretamente recepita e perseguita l'indicazione della Conferenza Stato-Regioni che abbassa a 180 per 1.000 abitanti il tasso di ospedalizzazione generale e che sia valutata l'opportunità che in tutte le regioni i

DH di tipo medico siano sempre più sostituiti da modelli di organizzazione sul tipo del Day Service, in quanto livello di erogazione delle prestazioni maggiormente appropriato rispetto al ricovero. In una prospettiva di progressiva deospedalizzazione di alcune patologie, con la garanzia di adeguate condizioni

organizzative, potrebbe essere opportuno prevedere ulteriori riduzioni tariffarie per le prestazioni erogate in regime di Day Hospital in modo da incentivare il ricorso a modelli di erogazione meno onerosi ed altrettanto efficaci riguardo la qualità dell'assistenza erogata.

Ricoveri di un giorno per DRG medici

Significato. Assicurare un uso appropriato dei servizi rappresenta uno degli obiettivi prioritari del nostro sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie. I ricoveri ordinari con degenza di un solo giorno rappresentano un importante aspetto dell'inappropriato uso dell'ospedale. Nella maggioranza dei casi i ricoveri che si concludono entro le 24 ore sono espressione di imperfette valutazioni cliniche, di anomalie organizzative o di modelli assistenziali ancora

troppo centrati sulla rete dei servizi ospedalieri piuttosto che su quella dei servizi territoriali alternativi al ricovero. La percentuale di ricoveri medici di un giorno è un indicatore di processo che consente di orientare l'analisi dell'appropriato uso della degenza ordinaria sia che il fenomeno riguardi la gestione degli accessi urgenti avviati al ricovero dal Pronto Soccorso, sia la correttezza delle indicazioni poste per i ricoveri programmati di tipo internistico.

Percentuale di ricoveri di un giorno per DRG medici

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore: Dimissioni ospedaliere con 1 solo giorno di degenza con DRG medico
 Denominatore: Dimissioni ospedaliere con DRG medico

Validità e limiti. L'indicatore considera insieme sia i ricoveri urgenti che i ricoveri programmati con un solo giorno di degenza. Ai primi vanno ascritti casi che per vari motivi hanno ricevuto un'insufficiente valutazione clinica all'atto dell'accettazione in Pronto Soccorso e casi per i quali il ricorso ai servizi di urgenza si rende necessario per carenze nell'offerta o nell'accesso ai servizi erogati dai Medici di Medicina Generale o presso i poli diagnostici e/o terapeutici extraospedalieri. Questa ultima condizione e le liste di attesa per indagini diagnostiche complesse, rappresentano le cause più frequenti del ricorso a ricoveri programmati che si esauriscono in una sola giornata di degenza.

Dai ricoveri di un giorno sono esclusi quelli relativi ai pazienti deceduti ed ai trasferiti in altri ospedali per il proseguimento delle cure in quanto si presume che entrambe le situazioni esprimano condizioni assistenziali particolari, non direttamente correlate ai modelli organizzativi adottati per contrastare il fenomeno dell'appropriatezza dei ricoveri. Sono invece compresi i ricoveri di un solo giorno effettuati nelle strutture di degenza che svolgono funzioni di Medicina d'urgenza e pertanto occorre tenere conto di questo limite nell'interpretazione e nella valutazione dei dati, in specie per le regioni che non hanno ancora avviato funzioni del tipo dell'Osservazione Breve presso i servizi di Pronto Soccorso.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore medio nazionale può essere assunto come riferimento di base per un adeguato confronto mentre il più basso tra i valori rilevati (6,4%) fornisce una misura concreta dei potenziali margini di miglioramento.

Descrizione dei risultati

I ricoveri medici di un giorno effettuati nel 2005 in degenza ordinaria a livello nazionale sono stati oltre 573 mila, l'11,8% del totale dei ricoveri. Il confronto degli ultimi tre anni mostra una riduzione del 5,6% del numero assoluto dei ricoveri di un giorno (circa 32.000 ricoveri tra il 2005 e

il 2003), cui si contrappone un consistente incremento, pari al 12,3%, della proporzione tra ricoveri di un giorno e ricoveri complessivi (dal 10,5% del 2003 all'11,8% del 2005). L'analisi dei dati dimostra pertanto che la forte contrazione dei ricoveri ordinari registrata negli ultimi anni, diretta conseguenza delle azioni avviate per migliorare l'appropriatezza organizzativa attraverso la scelta di *setting* assistenziali alternativi, ha interessato solo in minima parte i ricoveri di un giorno, segno che permangono quasi invariate le condizioni che determinano tale fenomeno (tabella 1 e grafico 1). Rispetto all'indicatore oggetto di analisi tutte le regioni hanno migliorato o mantenuto costanti le proprie *performance* rispetto all'anno precedente ad eccezione della Valle d'Aosta, Abruzzo, Campania e Sardegna che presentano risultati peggiori (grafico 1). Si rilevano ancora forti differenze regionali ed una accentuata variabilità (il range è compreso tra il 6,4 % del Veneto e il 25,9% della Campania) che peraltro tende ad accentuarsi rispetto al passato. Il dato della Campania, storicamente anomalo, registra un peggioramento sia nel numero assoluto che nella quota relativa di ricoveri di un giorno in tutti e tre gli anni considerati. In questa regione anche nel 2005 più di un ricovero di tipo ordinario ogni quattro si conclude con una degenza di un solo giorno. Il dato dovrebbe indurre ulteriori e approfondite analisi del contesto organizzativo per comprendere se tale eccesso di ospedalizzazione impropria sia da ascrivere ad un'insufficiente azione di filtro dei servizi di urgenza, ad un improprio utilizzo della degenza ordinaria per eseguire accertamenti ed attività assistenziali proprie del livello ambulatoriale distrettuale e del Day Hospital, oppure ad entrambi i fattori. Nel 2005 sei regioni (PA di Bolzano, Umbria, Abruzzo, Campania, Calabria e Sardegna) presentano percentuali di ricoveri medici di un giorno in degenza ordinaria superiori alla media nazionale, in analogia a quanto rilevato nell'anno precedente (tabella 1 e grafico 1). Un elevato numero di ricoveri medici di un giorno effettuati in regime di degenza ordinaria incide sul tasso di ospedalizzazione. Il grafico 2, che mette in relazione l'indicatore oggetto di analisi con il tasso di ospedali-

zazione per i ricoveri ordinari, standardizzato sulla popolazione del 2001, fornisce una chiara evidenza del contributo fornito dai ricoveri potenzialmente inappropriati agli scostamenti rilevati, specie nelle regioni del Sud, per tale parametro della programmazione ospedaliera. Tutte le regioni con valori dell'indicatore superiori alla media nazionale fanno registrare anche elevati tassi di ospedalizzazione (gruppo 2), ad eccezione dell'Umbria che fa registrare un basso tasso di ospedalizzazione (gruppo 1). Lo stesso grafico mette in evidenza che in 10 regioni (del Centro-Nord) ad una proporzione di ricoveri di un giorno

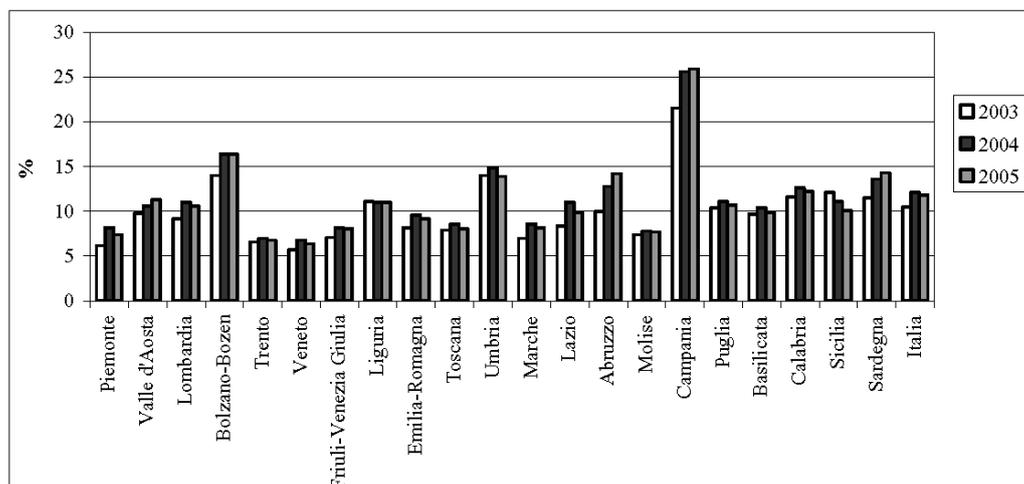
inferiore alla media nazionale corrisponde un altrettanto basso tasso di ospedalizzazione (gruppo 4). Cinque regioni presentano invece una quota di ricoveri di un giorno relativamente bassa ed un tasso di ospedalizzazione superiore alla media nazionale (Basilicata, Lazio, Sicilia, Puglia, e Molise) (gruppo 3). In tali realtà è probabile che, in assenza di azioni correttive specifiche, la quota di ricoveri di un giorno sarà destinata ad aumentare oltre i valori soglia nel momento in cui saranno intraprese efficaci azioni per contrastare con decisione il fenomeno dell'eccesso di ospedalizzazione.

Tabella 1 - Dimissioni ospedaliere con un solo giorno di degenza (valori assoluti e percentuali) in regime di ricovero ordinario e DRG medico per regione - Anni 2003-2005

Regioni	2003		2004		2005	
	Dimessi	%	Dimessi	%	Dimessi	%
Piemonte	18.736	6,2	19.409	8,2	18.413	7,4
Valle d'Aosta	1.005	9,8	827	10,6	900	11,3
Lombardia	74.943	9,2	76.156	11,0	75.006	10,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>8.195</i>	<i>14,0</i>	<i>7.767</i>	<i>16,4</i>	<i>7.826</i>	<i>16,4</i>
<i>Trento</i>	<i>2.818</i>	<i>6,6</i>	<i>2.280</i>	<i>7,0</i>	<i>2.312</i>	<i>6,8</i>
Veneto	23.079	5,7	21.799	6,8	21.008	6,4
Friuli-Venezia Giulia	7.060	7,1	6.512	8,2	6.697	8,1
Liguria	18.624	11,1	14.834	11,0	14.869	11,0
Emilia-Romagna	31.801	8,2	30.138	9,6	29.644	9,2
Toscana	25.982	7,9	22.981	8,6	21.655	8,1
Umbria	11.990	14,0	10.595	14,8	9.942	13,9
Marche	9.870	7,0	9.914	8,6	9.482	8,2
Lazio	45.913	8,4	52.518	11,0	46.904	9,9
Abruzzo	17.874	10,0	21.053	12,8	23.753	14,2
Molise	3.055	7,4	2.863	7,8	2.965	7,7
Campania	130.285	21,5	134.214	25,6	137.950	25,9
Puglia	50.566	10,4	44.813	11,1	43.955	10,7
Basilicata	5.514	9,7	4.925	10,4	4.748	9,9
Calabria	26.265	11,6	24.655	12,6	23.421	12,2
Sicilia	71.753	12,1	56.124	11,1	48.545	10,1
Sardegna	21.019	11,5	22.224	13,6	23.959	14,3
Italia	606.347	10,5	586.601	12,1	573.954	11,8

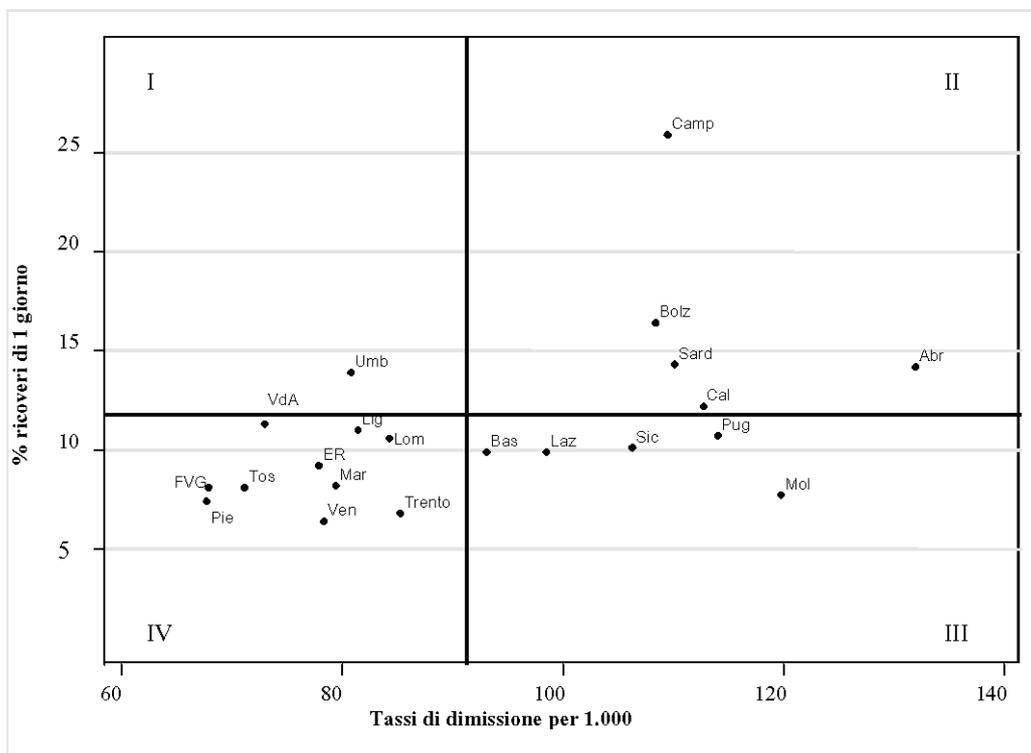
Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Grafico 1 - Dimissioni (per 100) con DRG medico con un solo giorno di degenza in regime ordinario per regione - Anni 2003-2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Grafico 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici e ricoveri di un giorno (per 100) – Anno 2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

Contrastare l'inappropriato uso della degenza ordinaria, oltre che contribuire a ridurre il tasso di ospedalizzazione entro il limite complessivo di 180 ricoveri per 1.000 abitanti fissato dalla programmazione nazionale, può consentire, senza modificare nella sostanza i livelli prestazionali ed assistenziali assicurati ai cittadini, un migliore utilizzo delle risorse disponibili e la valorizzazione del ruolo dell'ospedale come luogo deputato a fornire risposte assistenziali a problemi di salute complessi caratterizzati da acuzie e gravità. Il fenomeno dell'elevato numero di ricoveri medici di un solo giorno è certamente dipendente dal comportamento dei clinici, ma quasi sempre concorrono caratteristiche non fisiologiche del contesto organizzativo di riferimento, anomalie del sistema dell'offerta di servizi e spesso anche politiche tariffarie regionali che non favoriscono i comporta-

menti virtuosi e/o penalizzano in modo insufficiente l'inappropriato uso della degenza ordinaria. La correzione di queste anomalie impone alle regioni di migliorare l'analisi delle cause alla radice del fenomeno al fine di promuovere, in coerenza con le indicazioni del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA, specifici programmi finalizzati agli obiettivi di appropriatezza, allo sviluppo della rete dei servizi territoriali e alla loro effettiva integrazione con il livello ospedaliero. In ultimo, per contrastare i comportamenti anomali nonché l'artificiosa induzione della domanda, non devono essere sottovalutati i benefici che deriverebbero dalla definizione, con il coinvolgimento dei clinici, di adeguati percorsi diagnostico terapeutici per alcune patologie a bassa complessità ed elevata incidenza e, nei casi limite, dall'eventuale introduzione di forti disincentivi economici per le strutture che presentano valori oltre soglie definite.

Ospedalizzazione

Significato. Il tasso di ospedalizzazione fornisce una misura di propensione al ricovero ospedaliero della popolazione oggetto di studio. Si calcola come rapporto fra il numero di ricoveri ospedalieri, ovunque effettuati, relativi a soggetti residenti in una data regione e la complessiva popolazione ivi residente. Il tasso di ospedalizzazione viene solitamente elaborato per ciascuna modalità di ricovero, ovvero sia per il

regime di ricovero ordinario che per il regime di ricovero diurno, comprensivo del Day Hospital medico e chirurgico, o Day Surgery.

In tal modo l'indicatore consente di descrivere il ricorso alle diverse modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera e di cogliere, nelle analisi temporali, gli eventuali spostamenti della casistica ospedaliera da un setting assistenziale all'altro.

Tasso di dimissioni ospedaliere*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

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

Validità e limiti. L'indicatore misura la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dai servizi sanitari, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle inappropriate in ambito ospedaliero, e comprende, quindi, anche una quota di ospedalizzazione determinata da inefficienze dell'assistenza ospedaliera e da carenze dell'assistenza territoriale. D'altra parte, l'indicatore non consente di analizzare la domanda "insoddisfatta", dovuta, in taluni contesti, alla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie e rappresentativa di un bisogno di salute percepito ed espresso dalla popolazione.

Nel calcolo sono state considerate le dimissioni per acuti, in riabilitazione ed in lungodegenza effettuate dalle strutture pubbliche e private accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale. Sono stati esclusi i ricoveri dei neonati sani e dei soggetti non residenti in Italia. L'indicatore include i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto, perché intende esprimere l'entità della domanda di ricovero, quindi, si riferisce al numero di episodi di ricovero nel corso dell'anno.

Qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime di Day Hospital: si rilevano, infatti, alcune diversità, da una regione all'altra, nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi all'ospedalizzazione in regime diurno.

Il fenomeno dell'ospedalizzazione risulta notevolmente correlato all'età del paziente, pertanto, al fine di confrontare la propensione al ricovero nei diversi contesti regionali, è stato calcolato, accanto al tasso grezzo anche quello standardizzato. Con riferimento, quindi, alla popolazione italiana rilevata con il Censimento 2001, sono stati calcolati i tassi di ospedalizzazione regionali standardizzati, in cui risulta corretto l'effetto della variabilità regionale determinata dalla diversa composizione per età nelle singole regioni.

Valore di riferimento/Benchmark. L'Intesa tra Stato-Regioni sancita il 23 marzo 2005 (art. 4 comma 1 punto b) ha fissato, quale obiettivo da raggiungere entro il 2007, il mantenimento del tasso di ospedalizzazione complessivo per ricoveri entro il valore di 180‰ residenti, di cui un 20% relativo ai ricoveri in regime diurno. Ciò potrà essere raggiunto potenziando forme assistenziali alternative al ricovero ospedaliero.

Descrizione dei risultati

Nel 2006 il tasso di ospedalizzazione a livello nazionale è 142,66‰ in modalità ordinaria e 65,87‰ in modalità di Day Hospital. L'analisi del trend conferma nel 2006 una riduzione del ricovero in regime ordinario di -0,9% rispetto al 2005 e di -3,4% rispetto al 2004 (Grafico 1).

Nel 2006 si rileva per la prima volta rispetto al periodo 2001-2006, una riduzione dell'ospedalizzazione in regime diurno di -2,3 % rispetto al 2005 e di -1% rispetto al 2004, anni in cui il tasso è andato aumentando.

Nel 2006 la riduzione del tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime ordinario si manifesta in tutte le regioni tranne che in Puglia (167,82‰ nel 2005 vs 172,41‰). Per quanto riguarda l'attività di Day Hospital la situazione è abbastanza eterogenea fra le regioni. Infatti, si nota, da una parte, una forte riduzione di questa modalità di ricovero nel Lazio (94,42‰ nel 2005 vs 81,71‰ nel 2006), in Sardegna (66,83‰ nel 2005 vs 55,22‰ nel 2006) e in Liguria (98,45‰ nel 2005 vs 89,18‰ nel 2006) e dall'altra un non così marcato incremento in Basilicata (67,08‰ nel 2005 vs 72,28‰ nel 2006), Calabria (65,73‰ nel 2005 vs 69,60‰ nel 2006), Puglia (48,07‰ nel 2005 vs 50,84‰ nel 2006) e Sicilia (107,17‰ nel 2005 vs 112,59‰ nel 2006).

Relativamente alle differenze territoriali è evidente un gradiente geografico nei tassi di ospedalizzazione per

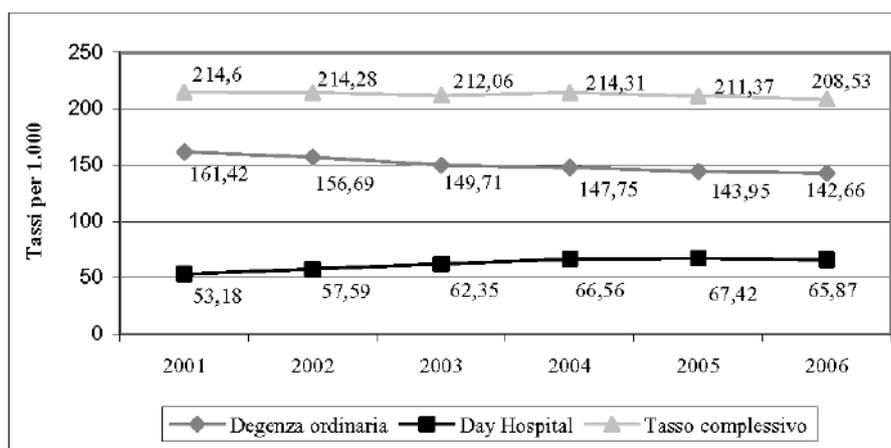
ricovero ordinario, che risultano più elevati nelle regioni dell'area meridionale ed insulare del Paese e minori nelle regioni settentrionali, con l'eccezione della PA di Bolzano. In particolare, i tassi standardizzati di ospedalizzazione in degenza ordinaria risultano maggiori in Abruzzo (185,61‰), Molise (173,16‰), Puglia (172,41‰) e Calabria (163,72‰), mentre i valori più contenuti si osservano in Toscana (106,52‰), Piemonte (109,95‰), Friuli-Venezia Giulia (114,45‰) ed Umbria (118,39‰).

Per quanto riguarda l'attività in DH non è altrettanto evidenziabile un particolare gradiente geografico. I tassi standardizzati oscillano da 36,87‰ (Friuli-Venezia Giulia) fino a 112,59‰ (Sicilia). Si rammen-

ta, a tal riguardo, che esistono diversità regionali, nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi all'ospedalizzazione in regime diurno.

Il confronto con il parametro di riferimento, indicato dall'Intesa del 23 marzo 2005, di 180‰ senza distinzione della modalità di degenza, evidenzia una frequenza del ricorso all'ospedalizzazione ancora troppo elevata in molte regioni, soprattutto per quelle del Sud. Fanno eccezione Veneto (171,58‰), Piemonte (171,60‰), Friuli-Venezia Giulia (151,31‰), Emilia-Romagna (171,88‰), Marche (176,46‰), Umbria (176,95‰) e Toscana (158,40‰) i cui tassi complessivi risultano al di sotto del parametro di riferimento.

Grafico 1 - Tassi di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per regime di ricovero - Anni 2001-2006



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. www.demo.istat.it per la popolazione. Anno 2008.

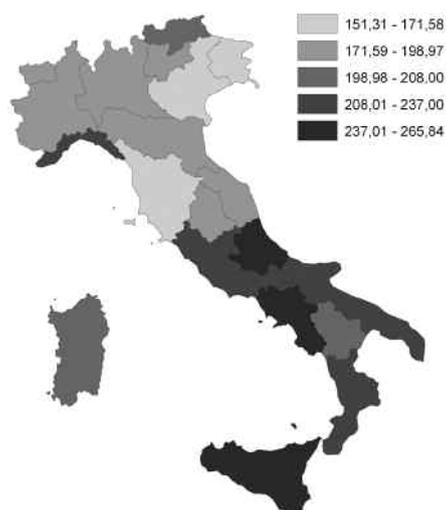
Tabella 1 - Tassi (grezzi e standardizzati per 1.000) di dimissioni ospedaliere per regione e regime di ricovero - Anno 2006

Regioni	Regime ordinario		Day Hospital		Totale	
	Grezzo	Std	Grezzo	Std	Grezzo	Std
Piemonte	117,07	109,95	64,91	61,65	181,98	171,60
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	130,56	126,50	57,41	55,52	187,97	182,02
Lombardia	142,18	139,91	60,20	59,06	202,38	198,97
Bolzano-Bozen	150,53	157,38	49,27	50,62	199,79	208,00
Trento	127,22	126,17	56,77	56,61	183,99	182,79
Veneto	122,99	120,89	51,31	50,69	174,30	171,58
Friuli-Venezia Giulia	125,65	114,45	38,13	36,87	163,78	151,31
Liguria	138,49	121,94	93,67	89,18	232,16	211,13
Emilia-Romagna	139,84	128,21	45,50	43,67	185,34	171,88
Toscana	117,26	106,52	52,94	51,87	170,20	158,40
Umbria	127,87	118,39	60,48	58,56	188,35	176,95
Marche	139,72	130,45	48,49	46,01	188,21	176,46
Lazio	152,51	151,59	82,05	81,71	234,56	233,30
Abruzzo	193,07	185,61	69,68	68,55	262,75	254,16
Molise	180,21	173,16	64,76	63,85	244,97	237,00
Campania	152,56	163,62	75,44	78,59	228,00	242,22
Puglia	166,94	172,41	49,43	50,84	216,38	223,25
Basilicata	135,77	135,43	72,15	72,28	207,92	207,71
Calabria	160,27	163,72	68,38	69,60	228,65	233,32
Sicilia	150,17	153,25	110,37	112,59	260,54	265,84
Sardegna	147,25	150,15	54,85	55,22	202,10	205,37
Italia	142,66	140,24	65,87	65,21	208,53	205,46

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento 2001.

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. www.demo.istat.it per la popolazione. Anno 2008.

Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per regione. Anno 2006



Raccomandazioni di Osservasalute

I recenti piani sanitari, nazionali e regionali, propongono una revisione della rete ospedaliera esistente ponendo, quale obiettivo prioritario, un riequilibrio tra i livelli di assistenza sanitaria. A tal fine è auspicata una riallocazione delle risorse (dalla cura alla prevenzione, dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale); un incremento del ricovero diurno;

l'introduzione di interventi riabilitativi e di lungodegenza in ambito residenziale e domiciliare; una programmazione sanitaria volta all'abbattimento dei tempi di attesa e l'adozione di sistemi di valutazione circa l'appropriatezza della modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie. La riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri, anche se risulta già avviata da alcuni anni, in particolare a seguito del DPCM del 29 novembre 2001 di definizione dei livelli di assistenza, è ancora piuttosto contenuta. I provvedimenti emanati nel 2001 per la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri hanno determinato un trasferimento di alcune prestazioni sanitarie in Day Hospital/Day Surgery con la conseguente contrazione del numero di ricoveri in degenza ordinaria. Contemporaneamente, però, si è anche verificato un incremento, in alcuni casi significativo, della domanda per cui è necessario monitorare nel tempo il processo di ospedalizzazione, al fine di produrre misure correttive adeguate per la razionalizzazione della rete ospedaliera ed un'efficace integrazione della stessa con i servizi sanitari territoriali. Questi interventi di programmazione sanitaria devono essere accompagnati da una costante comunicazione con la popolazione, affinché siano chiare le finalità delle azioni intraprese, in termini di efficacia ed appropriatezza delle prestazioni erogate, nonché di competenze dei vari ambiti assistenziali, ospedaliero e territoriale, rispetto alla diversità delle patologie e dei pazienti presi in carico.

Ospedalizzazione per età e tipologia di attività

Significato. L'età del paziente rappresenta un fattore demografico estremamente significativo quando si analizza il ricorso alle prestazioni sanitarie. Il bisogno di salute varia in relazione all'età e, quindi, anche l'entità della domanda di prestazioni sanitarie ospedaliere. In particolare, la tipologia di assistenza ospedaliera erogata (acuzie, riabilitazione o lungodegenza) risente fortemente delle caratteristiche demografiche

della popolazione e ciò è da attribuire, anche in parte, all'organizzazione dell'offerta di prestazioni sanitarie presso strutture assistenziali di pertinenza territoriale. I tassi di ospedalizzazione, calcolati a livello regionale, per classi di età e per tipologia di assistenza erogata, consentono di evidenziare il fenomeno ed eventuali differenze geografiche.

Tasso di dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività

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

Dimissioni, per classi di età e tipo di attività¹
Popolazione media residente

¹Regime di degenza ordinario, distintamente nei reparti di attività per acuti, riabilitazione e lungodegenza.

Validità e limiti. Le Schede di Dimissioni Ospedaliere, considerate nel calcolo dell'indicatore, sono relative alle dimissioni effettuate, in regime di ricovero ordinario, nel corso dell'anno 2006, dagli istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale. Sono state escluse le dimissioni dei neonati sani, dei pazienti non residenti in Italia e di coloro cui non è stato possibile calcolare l'età, per la presenza di errori nella data di nascita e/o data di ricovero.

È opportuno precisare che nella banca dati complessiva possono essere presenti più schede di dimissione relative al medesimo paziente, con riferimento ad un episodio di ricovero: infatti, se un paziente viene trasferito, all'interno di uno stesso istituto, da una tipologia di attività ad un'altra (ad esempio da un reparto per acuti ad uno di riabilitazione), o da una modalità di ricovero all'altra (dal Day Hospital al regime ordinario e viceversa) devono essere compilate due schede di dimissione, una per ciascuna tipologia di attività erogata o regime di ricovero.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per il tasso di ospedalizzazione specifico per classi di età. Il confronto dei tassi specifici regionali con quello nazionale consente di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero nelle diverse classi di età.

Descrizione dei risultati

Le Tabelle mostrano la distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione specifici per classi di età, distintamente per le varie tipologie di attività ospedaliere (acuti, riabilitazione, lungodegenza). Rispetto ai dati relativi alle SDO 2005 (Rapporto Osservasalute 2007, pagg. 484-488), si nota una tendenza alla diminuzione dei valori dei tassi di ospedalizzazione per acuti e dei

ricoveri in regime ordinario di riabilitazione; un aumento, invece, per i ricoveri in lungodegenza.

Per quanto riguarda i ricoveri ordinari nelle discipline per acuti, in tutte le regioni i valori più alti si evidenziano nelle classi di età estreme (Tabella 1, Grafico 1), ovvero nei dimessi di età inferiore a 1 anno (Cartogramma) e superiore a 75 anni. Si osserva, inoltre, che il tasso di ospedalizzazione per tutte le classi d'età ed, in particolar modo, per i soggetti con età compresa fra 65 e 74 anni, è mediamente più elevato nelle regioni del Sud rispetto alle regioni centro-settentrionali.

Relativamente all'attività di riabilitazione sono state considerate classi di età più ampie, perché vi ricorrono più frequentemente pazienti anziani. In particolare, si osserva come il tasso di ospedalizzazione assuma i valori più elevati per la classe degli ultrasessantacinquenni e con una considerevole variabilità tra le regioni. Ciò è certamente da attribuire alla diversa progettazione sia delle reti ospedaliere che dei servizi territoriali, anche in termini di dotazione di strutture specializzate nell'assistenza riabilitativa.

Per quanto riguarda l'attività di lungodegenza, il tasso di ospedalizzazione assume valori di rilievo per la classe di età estrema, che comprende gli anziani con età > 75 anni. Anche per questo tipo di assistenza, come per la riabilitazione, emergono notevoli differenze geografiche. I tassi di ospedalizzazione mostrano una lieve attività di lungodegenza in Valle d'Aosta (0,17‰ nel 2006 vs 0,61‰ nel 2005), in Liguria (0,51‰ nel 2006 vs 0,48‰ per il 2005), in Friuli-Venezia Giulia (1,79‰ nel 2006 vs 0,50‰ nel 2005) ed Umbria (1,8‰ nel 2006 vs 1,30‰ nel 2005), mentre i valori più elevati della distribuzione sono in Emilia-Romagna (45,43‰), le PA di Bolzano (33,87‰) e Trento (28,25‰).

Tabella 1 - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di ricovero ordinario per acuti e regione - Anno 2006

Regioni	Classi di età					Totale
	0-14	15-24	25-64	65-74	75+	
Piemonte	80,22	51,66	81,93	171,55	255,69	107,98
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	72,99	57,28	101,02	214,50	324,65	126,86
Lombardia	98,68	66,08	103,14	226,39	334,61	132,46
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>94,14</i>	<i>73,65</i>	<i>107,03</i>	<i>261,26</i>	<i>456,31</i>	<i>141,77</i>
<i>Trento</i>	<i>56,59</i>	<i>53,05</i>	<i>90,04</i>	<i>203,77</i>	<i>332,04</i>	<i>114,56</i>
Veneto	63,07	52,30	87,50	201,51	343,46	115,52
Friuli-Venezia Giulia	53,00	49,16	87,16	201,35	356,30	122,77
Liguria	88,10	61,72	92,63	192,06	314,39	132,21
Emilia-Romagna	83,56	60,99	95,17	200,67	332,87	129,82
Toscana	63,65	49,65	78,80	179,84	311,77	113,12
Umbria	94,02	60,12	90,05	190,73	305,59	124,59
Marche	86,31	61,20	100,07	211,07	338,80	133,90
Lazio	101,44	71,48	115,30	246,98	378,57	145,45
Abruzzo	121,43	86,58	145,10	302,53	438,16	183,31
Molise	117,81	79,58	134,84	295,33	393,15	172,18
Campania	96,37	85,54	128,84	291,29	365,82	147,30
Puglia	119,15	82,95	132,67	291,23	403,24	160,51
Basilicata	81,44	56,90	103,61	242,03	340,50	131,28
Calabria	97,93	79,77	130,40	288,01	377,75	155,26
Sicilia	116,77	76,41	117,66	270,27	356,42	146,92
Sardegna	102,76	76,02	116,54	262,60	388,31	145,87
Italia	93,76	69,29	106,28	231,50	344,39	135,84

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. www.demo.istat.it per la popolazione. Anno 2008.

Tassi di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di ricovero ordinario per acuti, per la classe <1 anno e regione. Anno 2006

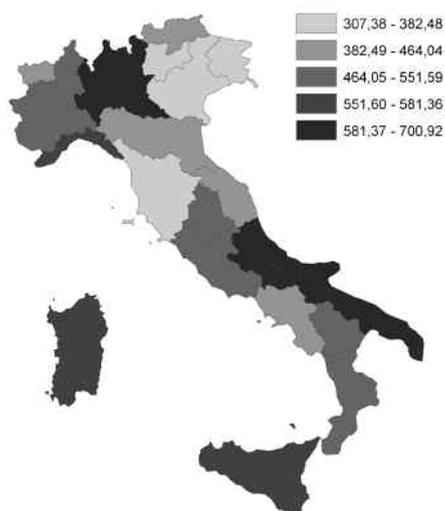
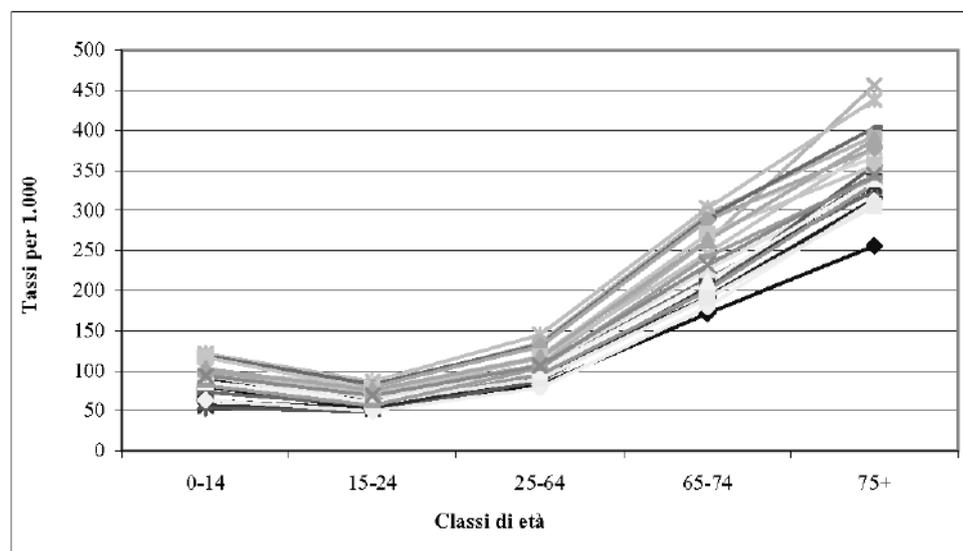


Grafico 1 - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per acuti in regime di ricovero ordinario - Anno 2006



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. www.demo.istat.it per la popolazione. Anno 2008

Tabella 2 - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di ricovero ordinario per riabilitazione e regione - Anno 2006

Regioni	Classi di età			
	0-44	45-64	65-74	75+
Piemonte	1,01	5,62	17,89	24,64
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,83	4,03	12,49	8,77
Lombardia	1,58	7,69	24,83	39,44
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,52</i>	<i>4,22</i>	<i>15,38</i>	<i>28,77</i>
<i>Trento</i>	<i>1,31</i>	<i>8,94</i>	<i>29,63</i>	<i>32,93</i>
Veneto	0,70	4,22	14,90	20,03
Friuli-Venezia Giulia	0,75	2,55	6,45	6,92
Liguria	0,94	5,06	15,29	17,59
Emilia-Romagna	0,58	2,89	8,24	8,85
Toscana	0,65	2,64	7,96	12,57
Umbria	0,91	3,14	7,49	6,68
Marche	0,61	2,64	7,95	8,72
Lazio	0,90	4,51	16,48	31,37
Abruzzo	1,84	8,69	24,28	29,35
Molise	1,32	7,13	22,07	21,96
Campania	0,96	3,99	12,35	15,08
Puglia	0,99	4,96	15,02	18,11
Basilicata	0,75	3,90	9,08	11,25
Calabria	0,89	3,82	12,04	13,49
Sicilia	0,79	2,84	8,54	8,15
Sardegna	0,34	0,91	1,82	1,80
Italia	0,96	4,62	14,64	19,98

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. www.demo.istat.it per la popolazione. Anno 2008.

Tassi di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime ordinario per acuti, per la classe >=75 anni e regione. Anno 2006

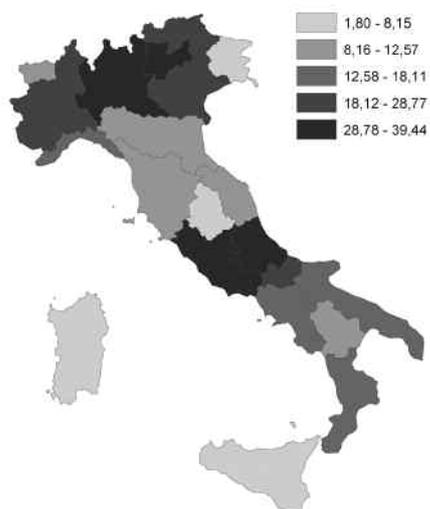
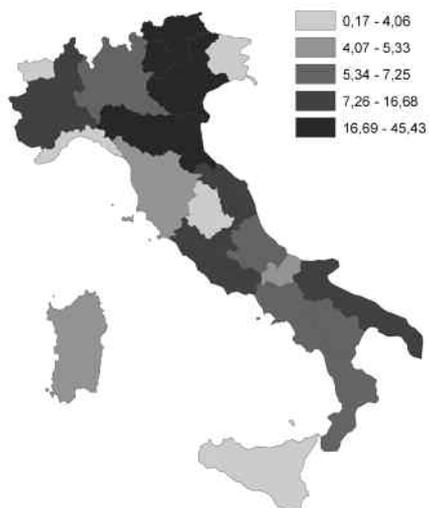


Tabella 3 - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di ricovero ordinario per lungodegenza e regione - Anno 2006

Regioni	Classi di età		
	0-64	65-74	75+
Piemonte	0,32	3,85	15,70
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	0,00	0,17
Lombardia	0,09	1,50	6,17
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,64</i>	<i>8,09</i>	<i>33,87</i>
<i>Trento</i>	<i>0,62</i>	<i>6,59</i>	<i>28,25</i>
Veneto	0,32	4,75	21,40
Friuli-Venezia Giulia	0,05	0,55	1,79
Liguria	0,02	0,23	0,51
Emilia-Romagna	0,87	10,88	45,43
Toscana	0,09	0,88	4,98
Umbria	0,10	0,65	1,80
Marche	0,73	4,57	16,68
Lazio	0,10	1,39	8,56
Abruzzo	0,18	1,35	6,01
Molise	0,14	1,41	4,35
Campania	1,07	3,10	7,25
Puglia	0,32	4,37	14,47
Basilicata	0,26	2,57	7,11
Calabria	0,63	2,91	5,37
Sicilia	0,08	1,20	4,06
Sardegna	0,09	1,31	5,33
Italia	0,34	3,05	12,33

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. www.demo.istat.it per la popolazione. Anno 2008.

Tassi di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime ordinario per lungodegenza, per la classe ≥ 75 anni e regione. Anno 2006



Raccomandazioni di Osservasalute

La lettura congiunta degli indicatori esaminati, evidenzia maggiori e più specifici bisogni assistenziali nelle classi di età estreme, nonché una discreta variabilità regionale nell'accesso ad alcune forme di assistenza, quali la riabilitazione e la lungodegenza. Questo induce a porre un'adeguata attenzione nella pianificazione dell'offerta sanitaria, al fine di migliorare la capacità di risposta del sistema ai bisogni di salute della popolazione e a rendere più appropriato l'utilizzo dell'ospedale per le patologie acute e più efficace l'integrazione ospedale-territorio, a garanzia dell'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

Accessi e ricoveri in Day Hospital, Day Surgery e “one Day Surgery”

Significato. Gli indicatori proposti si riferiscono all’attività di ricovero svolta nelle discipline per acuti in regime assistenziale diurno (Day Hospital e Day Surgery). Sono costituiti dal numero di ricoveri, il numero degli accessi, il numero medio di accessi per ricovero, ovvero dalla durata media della degenza ospedaliera espressa in giorni nei cicli assistenziali diurni e dalla percentuale di ricoveri di Day Surgery sul totale delle dimissioni in modalità diurna. A tali indicatori si aggiunge un ulteriore indicatore rappre-

sentato dalla percentuale di ricoveri in “one Day Surgery” sul totale delle dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario.

Gli indicatori forniscono misure di appropriatezza dell’utilizzo della struttura ospedaliera per acuti, evidenziando l’intensità della prevalenza dei casi medici su quelli chirurgici in modalità di Day Hospital e l’utilizzo della modalità assistenziale della “one Day Surgery”.

Numero medio di accessi in Day Hospital e Day Surgery

Numeratore	Accessi totali in regime di Day Hospital o Day Surgery
Denominatore	Dimissioni totali in Day Hospital o Day Surgery

Percentuale di ricoveri in Day Surgery

Numeratore	Ricoveri totali con DRG chirurgico in regime di Day Surgery
Denominatore	Dimissioni totali in Day Hospital o Day Surgery

Percentuale di ricoveri in one Day Surgery

Numeratore	Ricoveri totali con DRG chirurgico e giornate di degenza di 0-1 giorno in regime ordinario
Denominatore	Dimissioni totali in regime ordinario con DRG chirurgico

Validità e limiti. Nel calcolo del numero medio di accessi sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti nei regimi di Day Hospital e Day Surgery effettuati da tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale, nell’anno 2006.

Nel calcolo della percentuale di ricoveri in Day Surgery sono considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti nei regimi diurni di Day Hospital e Day Surgery effettuati da tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale, nell’anno 2006. Per la selezione dei ricoveri in Day Surgery si utilizza la classificazione DRG 19° versione con la specifica di DRG chirurgico.

Nel calcolo della percentuale di ricoveri in one Day Surgery sono considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti nel regime ordinario effettuati da tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale, nell’anno 2006. Per la selezione dei ricoveri in one Day Surgery si utilizza la classificazione DRG 19° versione con la specifica di DRG chirurgico e la durata della degenza di 0-1 giorno.

Occorre cautela nella lettura dei dati a causa della diversa modalità di registrazione dei ricoveri in Day Hospital da parte delle regioni. In alcuni casi le regio-

le di dimissione regionali si comportano correttamente applicando la dimissione al completamento di un ciclo assistenziale di accessi, in altri casi applicando una dimissione amministrativa forzata (trimestrale, etc.). Ciò comporta, in questi ultimi casi, un incremento fittizio del numero di ricoveri.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi specifici. Si può ipotizzare come standard il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Per una migliore comprensione delle diciture riportate nella tabella, con Day Hospital si intendono le dimissioni per acuti con DRG medico o non classificato, mentre con Day Surgery le dimissioni con DRG chirurgico. Nello specifico la one Day Surgery riguarda i casi di dimissione in regime ordinario con durata della degenza di 0-1 giorno con DRG chirurgico.

Il numero medio di accessi è pari a livello nazionale a 3,5 accessi per ricovero medico e a 1,6 accessi per ricovero chirurgico. La distribuzione regionale evidenzia una maggiore variabilità per le attività mediche passando da 7,8 accessi medi dell’Emilia-Romagna a 2,4 della Puglia.

Su tale variabilità incidono le patologie trattate, ma sicuramente l'utilizzo di modalità amministrative diversificate. Infatti, è rilevabile una correlazione inversa tra il numero medio di accessi e la numerosità dei ricoveri in Day Hospital, ad esempio in Emilia-Romagna ci sono 7,84 accessi medi a fronte di 87.773 dimessi, in Lombardia 2,98 accessi a fronte di 302.897 dimessi, in Campania 2,69 accessi vs 291.783 dimessi.

Non si dimentichi l'utilizzo spesso improprio della modalità assistenziale di Day Hospital per attività che afferiscono maggiormente all'ambito ambulatoriale. Ciò è tanto più vero nel caso di Day Hospital di tipo diagnostico e non terapeutico.

Inoltre, è possibile riscontrare un gradiente Nord-Sud, con la tendenza per le regioni del Nord ad aumentare il numero di accessi per singolo ricovero e nel Sud, invece, ad avere valori più contenuti (quasi sempre inferiori alla media nazionale di 3,52 accessi per dimesso).

Nella distribuzione della Day Surgery, al contrario di

quanto evidenziato per il Day Hospital, si osserva una minore variabilità con il minimo registrato nelle Marche (1,02) ed il massimo nel Lazio (2,74). Ciò è chiaramente attribuibile ad una maggiore omogeneità nella tipologia di trattamento assistenziale.

La percentuale di ricoveri in Day Surgery sul totale dei ricoveri diurni, in aumento rispetto agli anni passati, si attesta nel 2006 a 44,1%. La variabilità regionale è particolarmente significativa e denota un utilizzo differente dei regimi assistenziali ospedalieri. Ad eccezione della Liguria, del Lazio e dell'Abruzzo i valori sono decisamente più elevati nelle regioni centro-settentrionali, mentre nelle regioni meridionali ed, in particolar modo in Campania, la modalità chirurgica diurna appare molto contenuta.

Anche la one Day Surgery pari a livello nazionale al 16% risulta altamente variabile a livello territoriale. Si passa dal 4,8% della Toscana al 28% delle Marche. Lì dove tale valore è particolarmente elevato si potrebbe immaginare un maggiore utilizzo della modalità assistenziale di Day Surgery.

Tabella 1 - Ricoveri e numero medio di accessi in Day Hospital e Day Surgery - Anno 2006

Regioni	Day Hospital			Day Surgery		
	Dimessi	Accessi	Numero medio accessi	Dimessi	Accessi	Numero medio accessi
Piemonte	97.077	396.981	4,09	180.176	311.097	1,73
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2.862	15.937	5,57	3.04	3.307	1,09
Lombardia	302.897	903.567	2,98	284.751	304.006	1,07
<i> Bolzano-Bozen</i>	<i> 11.138</i>	<i> 38.579</i>	<i> 3,46</i>	<i> 13.749</i>	<i> 14.708</i>	<i> 1,07</i>
<i> Trento</i>	<i> 6.312</i>	<i> 34.401</i>	<i> 5,45</i>	<i> 18.381</i>	<i> 21.74</i>	<i> 1,18</i>
Veneto	102.065	472.293	4,63	147.587	265.105	1,80
Friuli-Venezia Giulia	20.139	114.464	5,68	26.885	47.364	1,76
Liguria	96.605	369.964	3,83	56.341	115.657	2,05
Emilia-Romagna	87.773	688.186	7,84	109.313	160.122	1,46
Toscana	92.735	458.759	4,95	111.274	133.995	1,20
Umbria	23.843	92.14	3,86	31.398	43.314	1,38
Marche	23.951	116.714	4,87	48.237	49.326	1,02
Lazio	292.546	964.722	3,30	144.727	396.623	2,74
Abruzzo	51.799	187.271	3,62	35.182	49.143	1,40
Molise	11.781	39.035	3,31	9.011	13.627	1,51
Campania	291.783	786.319	2,69	120.239	287.644	2,39
Puglia	105.055	253.178	2,41	80.712	126.074	1,56
Basilicata	25.609	70.221	2,74	15.259	33.213	2,18
Calabria	85.352	280.119	3,28	32.243	57.551	1,78
Sicilia	357.249	1.107.392	3,10	184.022	296.846	1,61
Sardegna	52.876	147.822	2,80	34.391	40.741	1,18
Italia	2.141.447	7.538.064	3,52	1.686.918	2.771.203	1,64

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO. Anno 2008.

Tabella 2 - Percentuale di ricoveri in Day Surgery e percentuale di ricoveri in One Day Surgery - Anno 2006

Regioni	Day Surgery	One Day Surgery
Piemonte	64,99	12,86
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	51,51	15,76
Lombardia	48,46	26,67
<i>Bolzano-Bozen</i>	55,25	6,98
<i>Trento</i>	74,44	7,51
Veneto	59,12	15,03
Friuli-Venezia Giulia	57,17	25,43
Liguria	36,84	6,64
Emilia-Romagna	55,46	24,53
Toscana	54,54	4,80
Umbria	56,84	12,92
Marche	66,82	28,19
Lazio	33,10	8,52
Abruzzo	40,45	13,19
Molise	43,34	6,51
Campania	29,18	10,23
Puglia	43,45	16,92
Basilicata	37,34	8,82
Calabria	27,42	21,53
Sicilia	34,00	5,14
Sardegna	39,41	9,54
Italia	44,06	16,01

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO. Anno 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

I recenti piani sanitari, nazionali e regionali, propongono una revisione della rete ospedaliera esistente ponendo, quale obiettivo prioritario, un riequilibrio tra i livelli di assistenza sanitaria. A tal fine è auspica-

ta una riallocazione delle risorse (dalla cura alla prevenzione, dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale); un incremento del ricovero diurno; l'introduzione di interventi riabilitativi e di lungodegenza in ambito residenziale e domiciliare; una programmazione sanitaria volta all'abbattimento dei tempi di attesa e l'adozione di sistemi di valutazione circa l'appropriatezza della modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

La riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri, anche se risulta già avviata da alcuni anni, in particolare a seguito del DPCM del 29 novembre 2001 di definizione dei livelli di assistenza, è ancora piuttosto contenuta. I provvedimenti emanati nel 2001 per la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri hanno determinato un trasferimento di alcune prestazioni sanitarie in Day Hospital/Day Surgery con la conseguente contrazione del numero di ricoveri in degenza ordinaria. Contemporaneamente, però, si è anche verificato un incremento, in alcuni casi significativo, della domanda per cui è necessario monitorare nel tempo il processo di ospedalizzazione, al fine di produrre misure correttive adeguate per la razionalizzazione della rete ospedaliera ed un'efficace integrazione della stessa con i servizi sanitari territoriali.

Questi interventi di programmazione sanitaria devono essere accompagnati da una costante comunicazione con la popolazione, affinché siano chiare le finalità delle azioni intraprese, in termini di efficacia ed appropriatezza delle prestazioni erogate, nonché di competenze dei vari ambiti assistenziali, ospedaliero e territoriale, rispetto alla diversità delle patologie e dei pazienti presi in carico.

Ospedalizzazione per DRG medici e chirurgici

Significato. Negli anni scorsi e nei precedenti paragrafi il tasso di ospedalizzazione è stato analizzato in generale e in funzione di diverse altre variabili (età, tipologia di attività, regime di ricovero), per fornire misure riguardo la propensione, le modalità ed il bisogno di ricovero ospedaliero della popolazione oggetto di studio. Nel presente paragrafo l'indicatore (TD) è elaborato in funzione del tipo di DRG, medico o chirurgico, generato dal ricovero. I tassi di dimissione per DRG medico e chirurgico sono messi a confronto per valutare il contributo fornito da ciascuna componente al TD complessivo di ciascuna regione e sono analizzati separatamente per descrivere le differenze regionali anche in funzione delle modalità di ricovero utilizzate prevalentemente (degenza ordinaria ovvero diurna - DH/DS). Le differenze regionali del TD generale si riflettono naturalmente anche sui TD per DRG medici (TD Med) e chirurgici (TD Ch). La variabilità geografica fornisce una rappresentazione abbastanza efficace delle politiche attuate dalle diverse regioni in termini di dimensione dell'offerta ospedaliera, di contrasto dei ricoveri inappropriati, di

organizzazione dei servizi di Pronto Soccorso e di diagnosi strumentale, di decentramento dell'assistenza verso setting assistenziali extradegenza o verso i servizi distrettuali. Le differenze del TD dei DRG medici sono in massima parte spiegabili dalle variabili anzidette. Il tasso di dimissioni ospedaliere (TD) dei DRG chirurgici è certamente correlato alla dimensione dell'offerta e solo in parte alle altre variabili appena richiamate. A tale riguardo è importante considerare altri fattori che determinano le caratteristiche del servizio reso in termini di accesso ed erogazione delle prestazioni chirurgiche, in particolare quando si evidenziano situazioni di possibile sopra o sotto utilizzo delle stesse. Tra questi fattori l'operato dei medici e la capacità di scelta dei pazienti rivestono un ruolo di rilievo. È, infatti, noto che le indicazioni all'intervento chirurgico non sono sempre definite univocamente dalle società scientifiche e/o non univocamente recepite dai professionisti e che l'asimmetria informativa tra medico e paziente non sempre consente a quest'ultimo di valutare adeguatamente l'appropriatezza del percorso assistenziale proposto.

Tasso di dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici*

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

Numeratore Dimissioni per DRG medici e chirurgici
 Denominatore Popolazione media residente

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

Validità e limiti. L'indicatore esprime la massima significatività riguardo ai bisogni soddisfatti ed alle caratteristiche epidemiologiche di una certa popolazione quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina e a popolazioni omogenee. Quando si confrontano dati relativi al complesso della casistica trattata in un determinato contesto geografico deve essere posta la massima attenzione alla possibile variabilità determinata da differenze demografiche ed epidemiologiche esistenti nelle diverse realtà. Per evitare di sottovalutare tali aspetti ed attenuare almeno in parte il fattore di confondimento dovuto alla diversa composizione per età della popolazione, i TD sono stati standardizzati per età con riferimento alla popolazione media residente in Italia nel 2001. Inoltre, qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime di Day Hospital medico in quanto alcune regioni hanno adottato proprie modalità di registrazione dei cicli e degli accessi effettuati in regime diurno. Per i DRG chirurgici occorre tenere conto del fatto che alcune regioni, soprattutto del Centro e del Nord della penisola, hanno attivato percorsi ambulatoriali extradegenza per l'esecuzione di interventi chirurgici di bassa complessità e con alta inciden-

za (ad esempio decompressione tunnel carpale, interventi sul cristallino, etc.).

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per i tassi di ospedalizzazione dei ricoveri di tipo medico o chirurgico. Il confronto dei tassi regionali con quello medio nazionale consente di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero per le due tipologie considerate. È opportuno, peraltro, precisare che per i ricoveri di tipo medico i TD più bassi possono fornire una misura abbastanza significativa delle reali possibilità di contenere l'ospedalizzazione e contrastare l'inappropriatezza dei ricoveri. Al contrario per i DRG chirurgici gli scostamenti dalla media nazionale, sia in senso positivo che negativo, consentono solo una descrizione del fenomeno e, in assenza di ulteriori e più approfondite indagini, non permettono di trarre conclusioni certe riguardo l'appropriatezza dell'offerta e dell'attività rilevata.

Descrizione dei risultati

La Tabella 1 illustra il contributo relativo dei TD standardizzati dei DRG medici e chirurgici, rispettivamente 126,2 e 77,5 per 1.000 ab, alla composizione

del TD complessivo del livello nazionale nel 2006 (203,7 per 1.000). In pratica, i DRG medici rappresentano il 62% di tutti i ricoveri ed i DRG chirurgici il restante 38%. Tali proporzioni sono abbastanza rispettate analizzando i dati per regime di ricovero (ordinario e diurno) dove tuttavia, rispetto al dato generale, si rileva un leggero incremento dei ricoveri medici nel regime ordinario (64,2%) ed un decremento più evidente degli stessi in regime diurno (57,1%). Il confronto dei dati regionali viene descritto separatamente per i TD dei DRG medici e chirurgici.

TD DRG medici

La Tabella 2 ed il Grafico 1 illustrano l'elevata variabilità regionale del TD standardizzato per i DRG medici. Il range dei valori rilevati, pari a 97,48 ricoveri per 1.000 ab, è molto alto rispetto al valore medio nazionale (126,13 per 1.000) ed è compreso tra il valore minimo del Friuli-Venezia Giulia (81,63 per 1.000) e quello, oltre doppio, della Sicilia (179,11 per 1.000). La variabilità maggiore si rileva nella tipologia di ricovero in Day Hospital con TD standardizzati che spaziano da 15,24 (per 1.000) del Friuli-Venezia Giulia a 74,32 (per 1.000) della Sicilia, contro un valore medio nazionale pari a 37,11 ricoveri medici in DH per 1.000 ab. Il range del TD standardizzato in regime ordinario è più contenuto e presenta valori che oscillano tra il minimo di 66,30 (per 1.000) del Piemonte ed il massimo di 117,40 (per 1.000) del Molise, contro un dato nazionale pari ai 89,1 (per 1.000). L'analisi dei dati dimostra un evidente gradiente geografico dei TD-M standardizzati, sia per il ricovero ordinario che per il DH, con valori molto più elevati nelle regioni meridionali ed insulari del Paese e minori nelle regioni settentrionali, con qualche eccezione. In particolare, la Liguria, il Lazio e tutte le regioni del Sud della penisola (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna) presentano un tasso di ospedalizzazione complessivo sensibilmente superiore alla media nazionale. Per tutte queste regioni il risultato è determinato da un eccesso di ricoveri sia in regime ordinario che diurno, ad eccezione della Liguria e della Basilicata che presentano un TD standardizzato superiore alla media delle regioni solo nel regime diurno. La Puglia e la PA di Bolzano, al contrario, presenta-

no un TD standardizzato elevato solo in regime ordinario ed un utilizzo del Day Hospital molto contenuto. A tale riguardo si rileva che la maggioranza delle regioni settentrionali presenta TD e proporzioni di ricovero in DH molto bassi, segno evidente del trasferimento delle attività diagnostiche ed assistenziali di minore complessità verso forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero.

TD DRG chirurgici

La Tabella 3 ed il Grafico 2 mostrano la distribuzione regionale del TD standardizzato per i DRG chirurgici. Rispetto ai DRG medici la variabilità regionale del TD è sensibilmente inferiore e distribuita in maniera abbastanza omogenea tra ricoveri in regime ordinario e in Day Surgery (DS). Il range del TD generale oscilla tra il 65,45 (per 1.000) della Toscana e l'84,44 (per 1.000) della Sicilia, con un valore medio nazionale di 77,47 ricoveri per 1.000 ab. Si rileva un leggero gradiente geografico con TD generalmente più alti nelle regioni del Centro e Nord, in specie per la quota di attività effettuata in DS che per il 2006 risulta pari al 36% di tutti i ricoveri chirurgici. Tre regioni (Lombardia, Abruzzo e Sicilia), che adottano differenti modelli di organizzazione dei servizi e dispongono, tuttavia, di un elevato dimensionamento dell'offerta, presentano i TD standardizzati più alti, superiori a 84 ricoveri chirurgici per 1.000 abitanti, mentre altre sei regioni hanno TD superiori alla media nazionale (Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Trento, Liguria, Marche e Lazio). Quattro regioni (Toscana, Umbria, Sardegna e Friuli-Venezia Giulia) mostrano TD inferiori alla soglia dei 70 ricoveri per 1.000 abitanti. Il range dei TD-C standardizzati in regime ordinario varia tra il minimo della Toscana (37,24 per 1.000) ed il massimo dell'Abruzzo (58,63 per 1.000), con un valore medio nazionale pari a 49,57 (per 1.000). Per i ricoveri in Day Surgery la media nazionale è pari a 27,90 (per 1.000), con valori massimi in Piemonte e PA di Trento (TD maggiore di 38) e punta minima in Calabria (19,37 per 1.000). Per una corretta interpretazione dei dati presentati si rammenta che diverse regioni, in specie del Centro e del Nord, hanno previsto il trasferimento in regime ambulatoriale di alcuni interventi chirurgici di bassa complessità.

Tabella 1 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per tipo di DRG e regime di ricovero - Anno 2006

Tipo DRG	Ricovero Ordinario		DH-DS		Totale	
	TD	%	TD	%	TD	%
DRG medici	89,1	64,2	37,1	57,1	126,2	62,0
DRG chirurgici	49,6	35,8	27,9	42,9	77,5	38,0
Totale	138,7	100,0	65,0	100,0	203,7	100,0

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

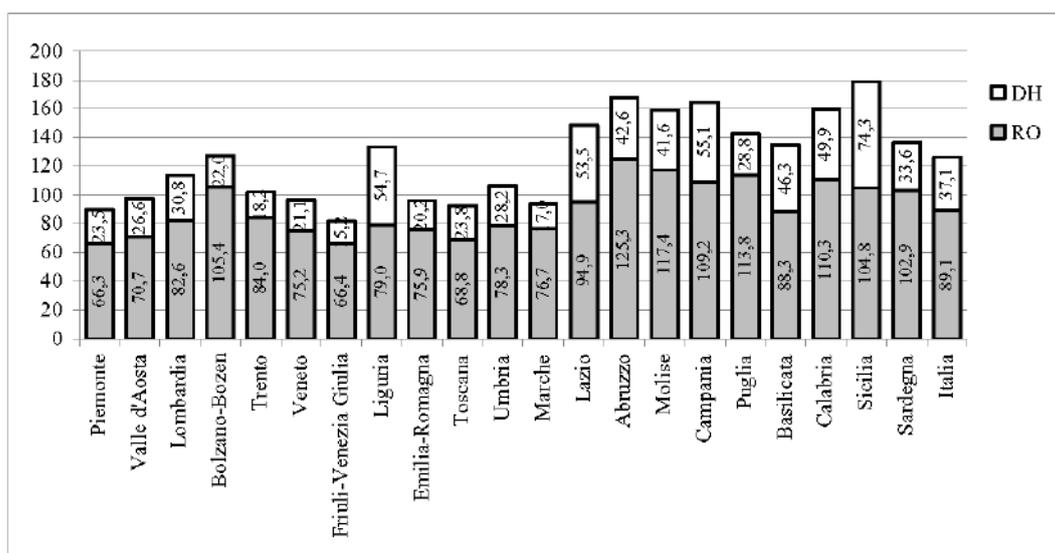
Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Tabella 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici, per regione e regime di ricovero - Anno 2006

Regioni	RO	DH	Totale
Piemonte	66,30	23,48	89,78
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	70,65	26,57	97,22
Lombardia	82,55	30,85	113,40
Bolzano-Bozen	105,42	21,98	127,41
Trento	84,05	18,18	102,22
Veneto	75,16	21,11	96,27
Friuli-Venezia Giulia	66,39	15,24	81,63
Liguria	78,99	54,66	133,65
Emilia-Romagna	75,89	20,25	96,13
Toscana	68,83	23,78	92,61
Umbria	78,33	28,23	106,56
Marche	76,72	16,97	93,69
Lazio	94,95	53,50	148,45
Abruzzo	125,31	42,59	167,90
Molise	117,40	41,55	158,95
Campania	109,19	55,11	164,29
Puglia	113,77	28,81	142,58
Basilicata	88,33	46,26	134,58
Calabria	110,27	49,93	160,20
Sicilia	104,79	74,32	179,11
Sardegna	102,94	33,64	136,58
Italia	89,07	37,05	126,13

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Grafico 1 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici, per regione e regime di ricovero - Anno 2006

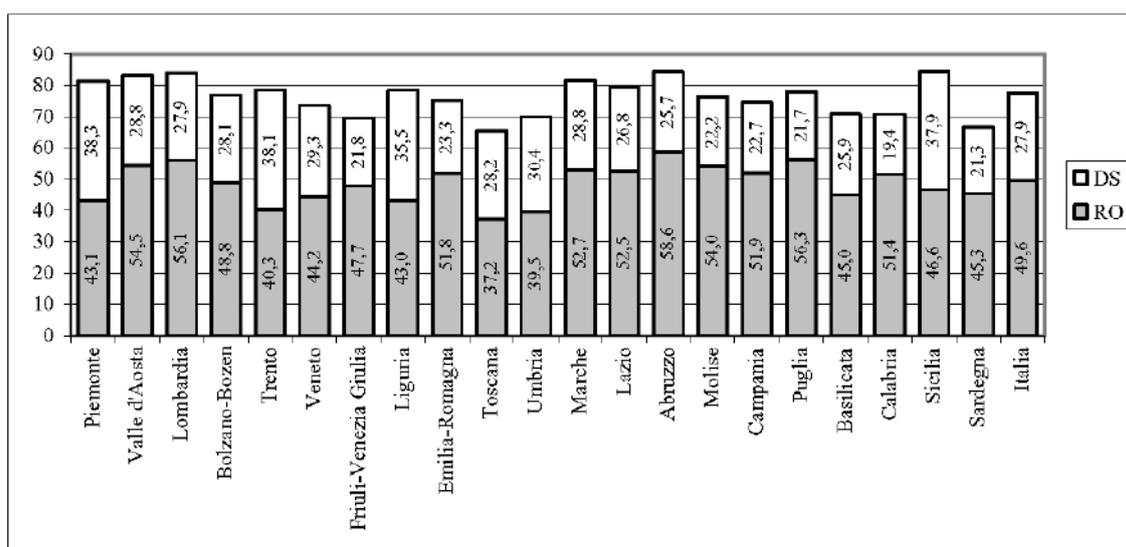
Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Tabella 3 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG chirurgici, per regione e regime di ricovero - Anno 2006

Regioni	RO	DH	Totale
Piemonte	43,05	38,35	81,40
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	54,46	28,84	83,30
Lombardia	56,08	27,91	84,00
Bolzano-Bozen	48,78	28,10	76,88
Trento	40,31	38,11	78,41
Veneto	44,17	29,34	73,51
Friuli-Venezia Giulia	47,74	21,80	69,54
Liguria	43,00	35,47	78,47
Emilia-Romagna	51,80	23,27	75,07
Toscana	37,24	28,20	65,45
Umbria	39,54	30,36	69,90
Marche	52,73	28,83	81,56
Lazio	52,53	26,78	79,32
Abruzzo	58,63	25,71	84,34
Molise	53,97	22,18	76,16
Campania	51,88	22,73	74,61
Puglia	56,26	21,73	77,99
Basilicata	44,98	25,88	70,86
Calabria	51,42	19,37	70,80
Sicilia	46,58	37,85	84,44
Sardegna	45,27	21,32	66,59
Italia	49,57	27,90	77,47

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Grafico 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG chirurgici, per regione e regime di ricovero - Anno 2006

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'obiettivo normativo di raggiungere entro il 2007 il tasso di ospedalizzazione complessivo di 180 ricoveri per 1.000 residenti, di cui un 20% relativo ai ricoveri in regime diurno, non sembra ancora alla portata della maggioranza delle regioni, tra cui tutte quelle dell'Italia meridionale ed insulare. La scomposizione del tasso di ospedalizzazione in DRG medici e chirurgici consente di analizzare meglio l'andamento dell'indicatore TD nelle diverse realtà regionali e di valutare l'efficacia delle azioni messe in campo per contrastare il fenomeno dell'inappropriatezza dei ricoveri e per assicurare un utilizzo razionale ed efficiente dei diversi *setting* assistenziali oggi disponibili.

Gli indicatori esaminati mettono in evidenza una costante variabilità regionale ed un gradiente geografico Nord-Sud che riguarda in particolare i ricoveri medici ed i ricoveri chirurgici in Day Surgery.

Per allineare il TD dei ricoveri medici a quello delle regioni che presentano le migliori *performance* occorre adottare misure correttive adeguate per razionalizzare la rete ospedaliera, finalizzando le azioni all'uso appropriato dell'ospedale per le patologie acute, allo sviluppo dei servizi assistenziali distrettuali e ad una più efficace integrazione ospedale-territorio. L'eccesso di ospedalizzazione in DH, ancora molto superiore allo standard del 20% dei ricoveri complessivi,

deve essere contrastato attraverso il potenziamento ed un più efficiente utilizzo dei Day Service e della rete diagnostica ambulatoriale.

Per quanto riguarda i DRG chirurgici è necessario individuare, anche attraverso interventi normativi e Linee Guida, i *setting* assistenziali più appropriati, con l'obiettivo di trasferire verso la DS un'ulteriore quota di attività ancora effettuata in ricovero ordinario, ma anche per gestire in regime ambulatoriale extradegenza gli interventi chirurgici a basso rischio e bassa complessità.

Al fine di garantire equità di accesso e sicurezza delle prestazioni erogate, occorrerebbe anche chiedersi se il presunto eccesso o difetto di ospedalizzazione rilevato in alcune regioni per le attività chirurgiche, sia da attribuire a differenze epidemiologiche (diversa incidenza delle patologie), organizzative (trasferimento degli interventi meno complessi in regime extradegenza), ovvero ad un sotto o sovra dimensionamento dell'offerta in grado, rispettivamente, di limitare o amplificare le possibilità di accesso alle prestazioni. L'analisi condotta non consente di proporre evidenze o trarre conclusioni a tale proposito e, quindi, sarebbe auspicabile ed utile ampliare e raffinare il campo di indagine con studi *ad hoc* in grado di fornire concreti elementi di conoscenza al riguardo.

Ospedalizzazione per interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori

Significato. Nel precedente paragrafo il tasso di ospedalizzazione (TD) è stato analizzato in funzione del tipo di DRG, medico o chirurgico, generato dal ricovero (“Ospedalizzazione per DRG medici e chirurgici”, pagg. 430-434). In questa sezione l’indicatore TD, elaborato per regione di residenza e per genere, considera soltanto le dimissioni che hanno generato il DRG 209 - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori. Il TD analizzato per un singolo DRG chirurgico, sufficientemente omogeneo riguardo le condizioni nosologiche ed il tipo di trattamento effettuato durante il ricovero, è in grado di fornire una rappresentazione abbastanza efficace dell’epidemiologia, della propensione e del bisogno di ricovero ospedaliero soddisfatto per determinate patologie. La variabilità geografica può fornire indirettamente

anche indicazioni di massima sulla dimensione dell’offerta e sulle caratteristiche del servizio reso nelle diverse realtà regionali, in particolare quando si evidenziano situazioni di possibile sovra o sotto trattamento delle patologie correlate al DRG chirurgico in esame. A tale riguardo è importante richiamare l’attenzione sui fattori che determinano l’accesso e l’erogazione delle prestazioni, tra i quali assume un ruolo decisivo l’operato dei medici e la capacità di scelta dei pazienti. È, infatti, noto che le indicazioni all’intervento chirurgico non sono sempre definite univocamente dalle società scientifiche e/o non univocamente recepite dai professionisti e che l’asimmetria informativa tra medico e paziente non sempre consente a quest’ultimo di valutare adeguatamente l’appropriatezza del percorso assistenziale proposto.

Tasso di dimissioni ospedaliere per DRG 209*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni con DRG 209}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo “Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati”.

Validità e limiti. L’ospedalizzazione riferita alle patologie ed al tipo di intervento chirurgico propri del DRG 209 è fortemente correlata all’età ed al sesso del paziente. Per evitare di sottovalutare tali aspetti i TD rilevati nelle singole regioni sono stati standardizzati per età con riferimento alla popolazione media residente in Italia nel 2001 ed è stata effettuata un’analisi dell’indicatore per genere. In questo modo l’indicatore offre un confronto abbastanza significativo delle diverse realtà regionali e indicazioni *proxi* sul livello di appropriatezza dell’offerta e dell’attività rilevata.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti e standard espliciti per il TD del DRG 209. Il valore medio nazionale può essere assunto come riferimento per evidenziare le variabilità regionali.

Descrizione dei risultati

La Tabella 1 ed il Grafico 1 illustrano il tasso standardizzato di ospedalizzazione generale e disaggregato per sesso del DRG in esame. Il valore medio nazionale è pari a 3,98‰ con una netta prevalenza del TD per la popolazione femminile rispetto a quella maschile (rispettivamente 2,47 contro 1,51 dimissioni per 1.000 abitanti, pari al 62,1% e 37,9% di tutte le dimissioni). Il confronto regionale mostra da una parte una sostanziale uniformità di tale proporzione di genere e dall’altra un’accentuata variabilità dell’indicatore con un gradiente geografico abbastanza pronunciato. Otto regioni del Centro-Nord (Piemonte, Lombardia, PA di Bolzano,

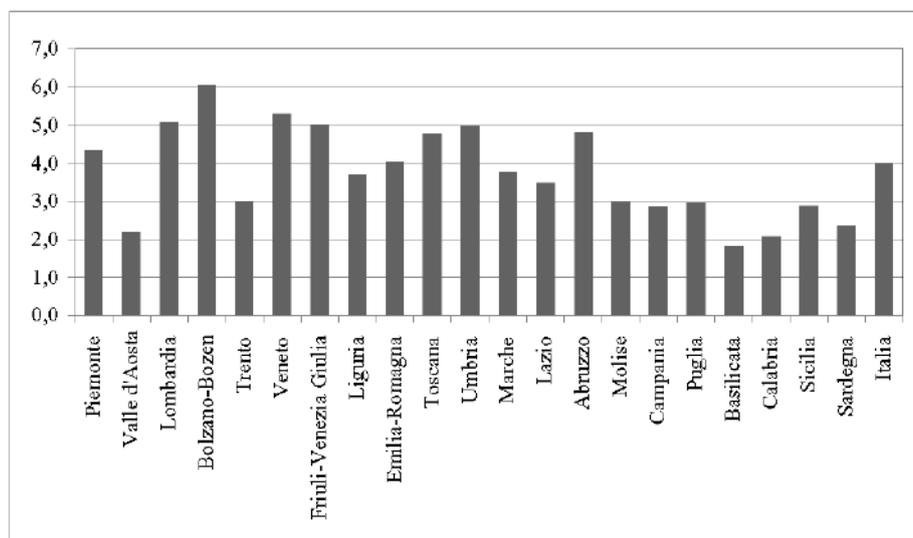
Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria) e l’Abruzzo presentano un TD generale superiore alla media nazionale e tutte le stesse confermano il dato nella disaggregazione di genere, ad eccezione dell’Emilia-Romagna che presenta un TD per la popolazione femminile in pratica pari al valore medio (Tabella 1 e Grafico 2). L’analisi mette in evidenza un range molto elevato con valori del TD generale che oscillano da un minimo di 1,83‰ della Basilicata ad un massimo di 6,07‰ della PA di Bolzano. Queste due stesse regioni presentano i valori estremi anche nella disaggregazione per genere (rispettivamente 0,64‰ e 2,71‰ per gli uomini - 1,19‰ e 3,36‰ per le donne). Una variabilità regionale così elevata, tanto da far registrare in alcuni casi differenze superiori al triplo fra i valori massimi e minimi del TD del rilevato, è probabilmente segno di una certa inappropriata nell’erogazione delle prestazioni in esame che potrebbe esporre i pazienti a possibili rischi o disagi in situazioni di eventuale sovra o sottotrattamento per le patologie indagate. L’analisi del trend temporale negli anni 2004 e 2005 dimostra un leggero incremento del valore medio nazionale (da 3,89‰ a 3,98‰) che interessa, peraltro, la maggioranza delle regioni, ad eccezione della Valle d’Aosta, Lombardia, Basilicata e Sicilia che presentano un trend in diminuzione e della Calabria e della Puglia, il cui TD è rimasto stabile nei due anni considerati (Tabella 2). Si sottolinea, inoltre, che, ad esclusione della Lombardia, tutte queste ultime regioni presentavano già un TD sensibilmente inferiore alla media nazionale.

Tabella 1 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per il DRG 209, per regione e sesso - Anno 2005

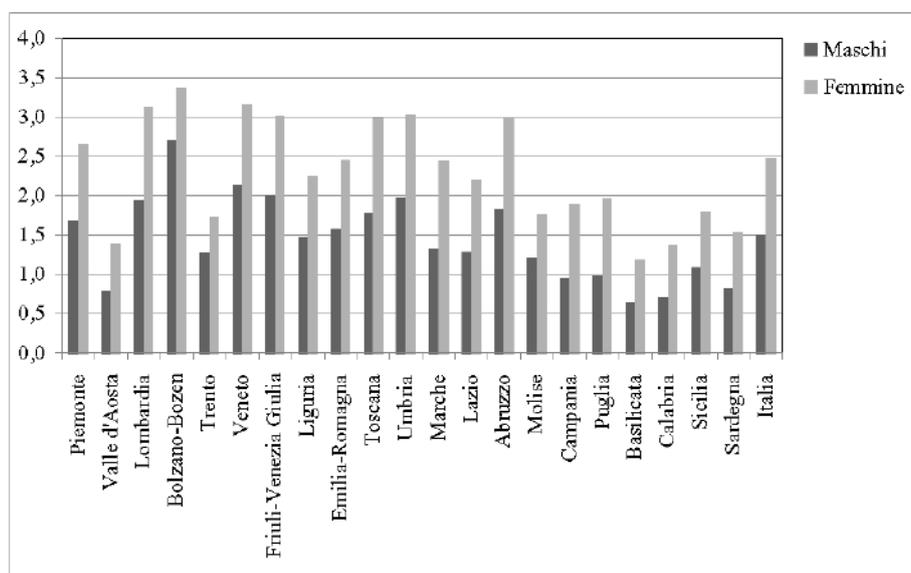
Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	1,69	2,66	4,34
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,79	1,40	2,19
Lombardia	1,95	3,12	5,07
Bolzano-Bozen	2,71	3,36	6,07
Trento	1,27	1,73	2,99
Veneto	2,13	3,16	5,29
Friuli-Venezia Giulia	2,00	3,01	5,01
Liguria	1,47	2,24	3,71
Emilia-Romagna	1,58	2,46	4,04
Toscana	1,79	2,98	4,77
Umbria	1,97	3,03	5,00
Marche	1,32	2,44	3,77
Lazio	1,28	2,20	3,48
Abruzzo	1,83	2,99	4,82
Molise	1,21	1,76	2,97
Campania	0,95	1,89	2,85
Puglia	0,98	1,97	2,95
Basilicata	0,64	1,19	1,83
Calabria	0,71	1,36	2,07
Sicilia	1,09	1,80	2,89
Sardegna	0,82	1,53	2,36
Italia	1,51	2,47	3,98

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Grafico 1 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per il DRG 209, per regione - Anno 2005

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Grafico 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per il DRG 209, per regione e sesso - Anno 2005

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Tabella 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per il DRG 209 e variazione assoluta, per regione - Anni 2004-2005

Regioni	2004	2005	Δ
Piemonte	4,11	4,34	0,24
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,47	2,19	-0,28
Lombardia	5,13	5,07	-0,06
Bolzano-Bozen	5,90	6,07	0,17
Trento	2,45	2,99	0,55
Veneto	5,14	5,29	0,15
Friuli-Venezia Giulia	4,91	5,01	0,10
Liguria	3,51	3,71	0,20
Emilia-Romagna	3,93	4,04	0,10
Toscana	4,56	4,77	0,21
Umbria	4,92	5,00	0,08
Marche	3,56	3,77	0,20
Lazio	3,36	3,48	0,12
Abruzzo	4,52	4,82	0,30
Molise	2,82	2,97	0,16
Campania	2,68	2,85	0,16
Puglia	2,95	2,95	0,00
Basilicata	2,27	1,83	-0,44
Calabria	2,06	2,07	0,01
Sicilia	2,92	2,89	-0,03
Sardegna	2,29	2,36	0,07
Italia	3,89	3,98	0,09

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'indicatore esaminato mette in evidenza una fortissima variabilità regionale, con punte probabilmente anomale, ed un sensibile gradiente geografico con TD generalmente più bassi nelle regioni meridionali ed insulari.

A tale riguardo è opportuno sottolineare che l'indicatore misura la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dai servizi sanitari, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle inappropriate, e d'altra parte non consente di analizzare la domanda "insoddisfatta" dovuta, in taluni contesti, alla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie e, comunque, rappresentativa di un bisogno di salute della popolazione.

Per garantire equità di accesso e sicurezza delle prestazioni erogate, occorrerebbe stabilire se il presunto eccesso o difetto di ospedalizzazione rilevato in alcune regioni sia da attribuire a differenze epidemiologiche delle patologie correlate al DRG chirurgico in esame (diversa incidenza delle patologie), ad un sotto

o sovra dimensionamento dell'offerta in grado, rispettivamente, di limitare o amplificare le possibilità di accesso alle prestazioni, ovvero a determinanti connessi all'erogazione delle prestazioni, tra cui anche fattori correlati alla sfera professionale ed alla capacità di scelta dei pazienti. L'analisi condotta non consente di proporre evidenze o trarre conclusioni a tale proposito.

Per ottenere ulteriori informazioni e validi elementi di conoscenza sul tema potrebbe, quindi, essere utile ampliare e raffinare il campo di indagine con studi ad hoc, in grado ad esempio di correlare il TD con i tempi di attesa e/o la mobilità extraregionale specifica.

Le evidenze rilevate e le considerazioni espresse dovrebbero, inoltre, indurre tutte le regioni a monitorare con attenzione il fenomeno, anche allo scopo di emanare o aggiornare specifiche Linee Guida per l'accesso alle prestazioni e per adottare, nel caso, adeguate misure correttive per la razionalizzazione dei servizi deputati all'erogazione di tali attività.

Degenza media

Significato. Un indicatore sintetico di efficienza ospedaliera, calcolabile per i ricoveri effettuati in regime di ricovero ordinario, è rappresentato dalla degenza media, ovvero dalla durata media della degenza ospedaliera espressa in giorni. Questo indicatore, oltre a fornire una misura dell'efficienza operativa ed organizzativa ospedaliera, è fortemente influenzato dalla complessità di tipo sanitario-assistenziale dei casi trattati. Per approfondire l'analisi della degenza media si è proceduto alla standardizzazione di questo dato rispetto al case mix. La degenza media regionale standardizzata per case mix rappresenta il valore teorico-atteeso che si osserverebbe, della degenza media, se

ogni regione presentasse una casistica di ricoveri ospedalieri della medesima complessità di quella dello standard di riferimento.

Tale standard di riferimento è la composizione per DRG dei dimessi dell'intera casistica nazionale.

In altre parole è una degenza media "non reale" o "attesa": una diminuzione di tale valore, a seguito della standardizzazione, significa che la regione ha una casistica ospedaliera di complessità maggiore rispetto a quella nazionale; al contrario, un aumento della degenza media standardizzata indica la presenza di una casistica con minore complessità.

Degenza media*

Numeratore	Giornate di degenza erogate in regime ordinario
Denominatore	Dimissioni totali in regime ordinario

*La formula della standardizzazione per *case mix* è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. Nel calcolo della degenza media sono stati esclusi i ricoveri dei neonati sani e sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti, in regime di degenza ordinaria, effettuati da tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale, nell'anno 2006.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi aggiornati sulla degenza media. Si è osservato, nel tempo, una progressiva tendenza alla riduzione della durata della degenza ospedaliera, sia per effetto dell'introduzione del finanziamento prospettico delle prestazioni ospedaliere, sia per le politiche sanitarie in materia di appropriatezza.

Descrizione dei risultati

La degenza media grezza nel 2006, si assesta a livello nazionale a 6,7 giorni come nel 2005.

Un'analisi temporale della degenza media evidenzia che nel 2002-2006, rimane sostanzialmente stabile (Grafico 1); considerando che è aumentata, nel tempo,

la complessità della casistica trattata, in termini di peso medio dei ricoveri classificati con il sistema DRG, si osserva un chiaro miglioramento nell'utilizzo più appropriato dell'ospedale, dedicato più correttamente al trattamento e alla cura delle patologie acute.

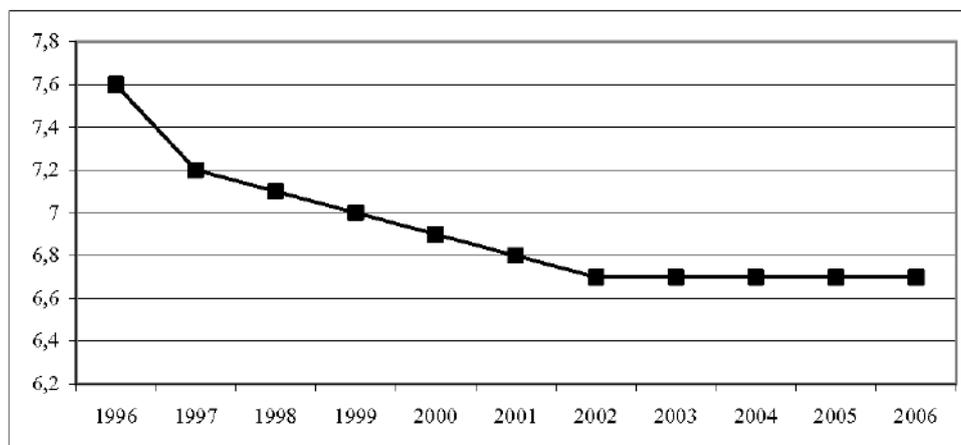
La degenza media standardizzata per case mix varia tra il valore minimo di 6,2 di Umbria, Campania e Sicilia al valore massimo di 7,6 del Lazio.

La distribuzione dei valori regionali evidenzia un gradiente Nord-Sud, con la tendenza per le regioni del Nord alla diminuzione, rispetto alla degenza media, dei valori assunti dalla degenza media standardizzata per case mix, indicativi di una maggiore efficienza operativa a parità di casistica trattata; nelle regioni del Sud, invece, incluso il Lazio, si osserva una tendenza all'aumento della degenza media standardizzata per case mix, che mette in evidenza una minore efficienza operativa, in termini di consumo di giornate di degenza, per il trattamento e la cura di una casistica con la stessa composizione per DRG di quella nazionale.

Tabella 1 - Degenza media (grezza e standardizzata per case mix) per regione - Anno 2006

Regioni	Grezza	Std
Piemonte	8,1	7,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,5	7,5
Lombardia	6,5	6,6
Bolzano-Bozen	6,7	7,0
Trento	7,8	7,5
Veneto	7,9	7,5
Friuli-Venezia Giulia	7,5	7,1
Liguria	7,8	6,9
Emilia-Romagna	6,6	6,3
Toscana	7,4	6,7
Umbria	6,3	6,2
Marche	6,9	6,8
Lazio	7,5	7,6
Abruzzo	5,8	6,4
Molise	7,0	7,3
Campania	5,4	6,2
Puglia	6,2	6,6
Basilicata	6,7	6,7
Calabria	6,2	6,8
Sicilia	5,9	6,2
Sardegna	6,7	7,3
Italia	6,7	6,7

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO. Anno 2008.

Grafico 1 - Degenza media per acuti - Anni 1996-2006

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO. Anno 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

La lettura della degenza media grezza e standardizzata non è sufficiente a descrivere l'efficienza ospedaliera.

Oltre alla valutazione del case mix, di per sé importante per avere una visione completa delle informazioni relative alla degenza in ospedale, è importante valutare allo stesso tempo le capacità organizzative delle strutture di ricovero in relazione alla disponibilità ed accessibilità dei servizi di supporto. In ogni caso, le analisi temporali di questo indicatore, anche standardizzato per case mix, rilevano che vi sono

ancora margini di miglioramento in termini di riduzione della degenza media ospedaliera, soprattutto se linkate alle informazioni dell'indicatore che analizza la degenza media per tipologia di ricovero e per età ("Ospedalizzazione per età e tipologia di attività", pagg. 422-426) da cui si desume la necessità di collocare le cure di lungodegenza e di riabilitazione nella sfera di erogazione dell'assistenza territoriale, per poterle gestire in modo diverso e separato dalle attività di ricovero per acuti.

Degenza media preoperatoria per ricoveri ordinari

Significato. L'indicatore illustra il tempo medio trascorso in ospedale in ricovero ordinario prima di eseguire un intervento chirurgico, il più delle volte per effettuare accertamenti diagnostici o altre attività terapeutiche ed assistenziali propedeutiche all'intervento stesso (Degenza Media Pre-Operatoria-DMPO).

Nella grande maggioranza dei ricoveri programmati tali attività possono e dovrebbero essere effettuate nel periodo pre-ricovero attraverso la rete ambulatoriale, il Day Service o il Day Hospital. Per i ricoveri in urgenza da Pronto Soccorso è quasi sempre possibile snellire l'iter clinico ed assistenziale in degenza attraverso l'adozione di adeguati modelli organizzativi

(percorsi diagnostici preferenziali, sale e/o sedute operatorie dedicate). Il dato della DMPO può essere pertanto assunto come indicatore *proxy* della capacità di una struttura e di un determinato contesto organizzativo di assicurare una efficiente gestione del percorso preoperatorio in elezione e di pianificare con efficacia l'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica. Una elevata DMPO denota generalmente difficoltà di accesso ai servizi diagnostici ospedalieri od extraospedalieri alternativi al tradizionale ricovero che si traduce in un uso potenzialmente inappropriato dei posti letto e delle risorse umane e materiali riservate alla degenza ordinaria.

Degenza media preoperatoria per ricoveri ordinari*

Numeratore	Giornate di degenza preoperatoria per DRG chirurgici
Denominatore	Dimissioni con DRG chirurgici

*La formula della standardizzazione per *case mix* è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. L'indicatore esprime la massima significatività quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina chirurgica. Quando si confrontano dati di diversi ospedali deve essere posta la massima attenzione alla variabilità determinata dal diverso case mix trattato dalle strutture considerate. Per grandi casistiche, riferite come nel nostro caso al complesso degli ospedali di una regione, i case mix risultano più omogenei e di conseguenza aumenta sensibilmente il livello di confrontabilità. Per rendere omogeneo il confronto con il 2002 la Tabella 1 riporta valori di DMPO grezzi e, pertanto, nell'interpretazione dei risultati occorre tenere conto di tale evidenza. Per migliorare il livello di confronto tra le diverse regioni, già evidenziato nelle pubblicazioni degli anni precedenti, e per avere una misura diretta di quanto la diversa composizione della casistica trattata possa influenzare il risultato, per il 2006 la DMPO grezza è stata confrontata anche con la DMPO standardizzata per il case mix trattato nelle singole regioni.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore medio nazionale può essere assunto come riferimento per individuare le migliori *performance*, mentre i valori più bassi di DMPO rilevati forniscono una misura significativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso assistenziale preoperatorio.

Descrizione dei risultati

La Tabella 1 confronta i valori di DMPO grezzi rilevati nel 2002 e nel 2006. L'analisi dei risultati deve,

pertanto, tenere conto dei limiti evidenziati in precedenza, soprattutto quando si confrontano tra loro i risultati delle diverse regioni. Al contrario il confronto della serie temporale riferita a ciascuna regione, fondato su dati rilevati da casistiche più omogenee, è senz'altro meno influenzato da tale bias e, quindi, consente interpretazioni maggiormente significative. In generale, la ricerca di efficienza successiva all'aziendalizzazione del SSN ha determinato una forte riduzione della DMPO già negli anni antecedenti a quelli considerati. Nel periodo in esame la DMPO del livello nazionale registra una riduzione di entità abbastanza modesta (da 2,13 nel 2002 a 2,01 giorni nel 2006), soprattutto in rapporto ai potenziali margini di miglioramento che sono resi evidenti dalla estrema e costante variabilità dell'indicatore nel confronto tra le diverse regioni (Tabella 1).

Il range dei valori rilevati risulta sempre molto elevato e tende a crescere negli anni considerati. Nel 2006 il range della DMPO grezza è pari a 1,68 giorni (1,35 del Friuli-Venezia Giulia contro 3,03 giorni del Lazio). Questi dati illustrano che persistono tuttora rilevanti differenze regionali, sebbene tra il 2002 ed il 2006 sia evidente una progressiva, seppure lieve, riduzione della DMPO in quasi tutte le regioni considerate, con eccezioni anche significative per le PA di Bolzano e Trento, il Lazio, l'Abruzzo, la Puglia e la Calabria (Grafico 1).

La standardizzazione per il case mix effettuata sui dati 2006 modifica in modo sensibile il confronto tra le diverse realtà regionali (Tabella 2 e Grafico 2). Il range, pari a 1,83 giorni, cresce ulteriormente (1,37 del

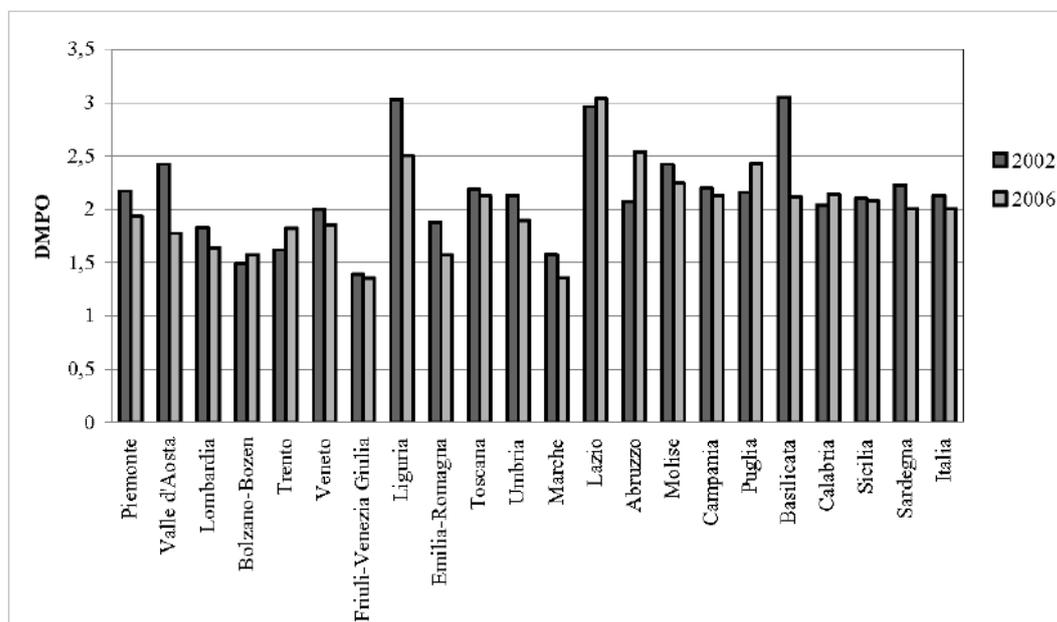
Friuli-Venezia Giulia contro 3,20 giorni del Lazio), mentre i valori di DMPO migliorano sensibilmente in Abruzzo e in cinque regioni del Centro-Nord (Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Toscana, Umbria), peggiorano in altre sette regioni, tutte del Centro-Sud (Lazio, Molise, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna) e restano sostanzialmente invariati nelle restanti otto regioni. L'analisi sulla DMPO standardizzata per case mix dimostra, inoltre, che dieci regioni presentano valori di DMPO superiori alla media nazionale (Liguria, Lazio e tutte le regioni del Sud) e che tra queste, ad eccezione della Liguria e

dell'Abruzzo, la standardizzazione penalizza in modo significativo le loro *performance*, aumentando ulteriormente il divario rispetto al valore medio. I dati rilevati da una parte confermano l'efficacia delle misure adottate in alcune regioni, in particolare del Nord, per riorganizzare i percorsi assistenziali ospedalieri ed al contempo per migliorare l'accessibilità ai servizi diagnostici extraospedalieri in funzione dell'appropriatezza d'uso dell'ospedale, dall'altra mettono in evidenza gli effettivi margini di miglioramento per le regioni che non hanno ancora adottato misure in tal senso.

Tabella 1 - Degenza Media Preoperatoria (giorni) in regime di ricovero ordinario e variazione (assoluta e percentuale), per regione di ricovero - Anni 2002, 2006

Regioni di ricovero	2002	2006	Δ 2002-2006	Δ % 2002-2006
Piemonte	2,17	1,94	-0,23	-10,66
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,42	1,77	-0,65	-26,72
Lombardia	1,83	1,64	-0,19	-10,56
Bolzano-Bozen	1,49	1,58	+0,09	+5,74
Trento	1,62	1,82	+0,20	+12,52
Veneto	2,00	1,85	-0,15	-7,35
Friuli-Venezia Giulia	1,39	1,35	-0,04	-2,61
Liguria	3,03	2,50	-0,53	-17,37
Emilia-Romagna	1,88	1,58	-0,30	-16,22
Toscana	2,19	2,13	-0,06	-2,86
Umbria	2,13	1,89	-0,24	-11,15
Marche	1,58	1,36	-0,22	-13,86
Lazio	2,96	3,03	+0,07	+2,51
Abruzzo	2,07	2,54	+0,47	+22,53
Molise	2,42	2,25	-0,17	-7,22
Campania	2,20	2,13	-0,07	-3,15
Puglia	2,16	2,43	+0,27	+12,37
Basilicata	3,05	2,12	-0,93	-30,57
Calabria	2,04	2,14	+0,10	+4,94
Sicilia	2,10	2,08	-0,02	-0,80
Sardegna	2,23	2,01	-0,22	-9,94
Italia	2,13	2,01	-0,12	-5,72

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO. Anno 2008.

Grafico 1 - Degenza media preoperatoria in regime di ricovero ordinario per regione di ricovero - Anni 2002, 2006

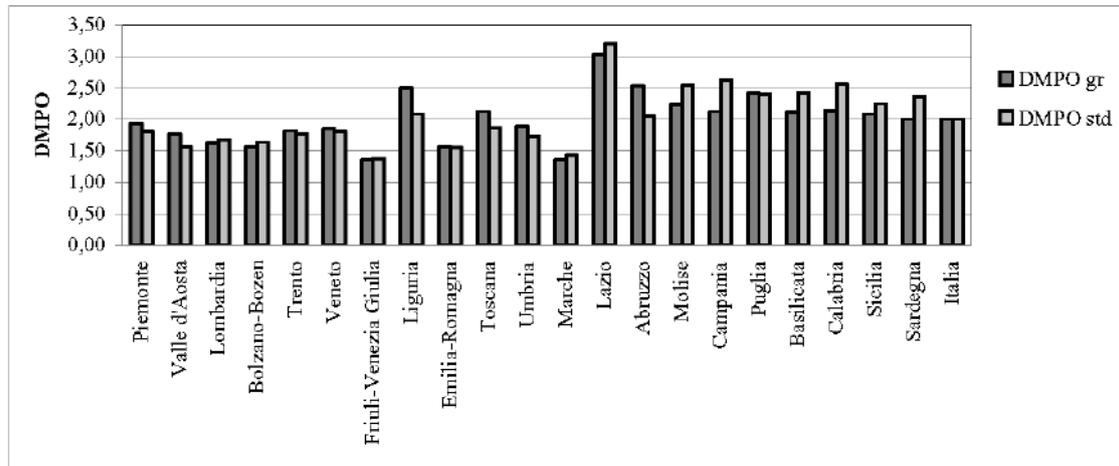
Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO. Anno 2008.

Tabella 2 - DMPO (grezza e standardizzata per case mix in giorni) in regime di ricovero ordinario e variazione assoluta, per regione di ricovero - Anno 2006

Regioni di ricovero	Grezza	Std	Δ
Piemonte	1,94	1,81	-0,12
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,77	1,57	-0,20
Lombardia	1,64	1,67	0,03
Bolzano-Bozen	1,58	1,64	0,06
Trento	1,82	1,77	-0,05
Veneto	1,85	1,81	-0,04
Friuli-Venezia Giulia	1,35	1,37	0,02
Liguria	2,50	2,08	-0,42
Emilia-Romagna	1,58	1,56	-0,02
Toscana	2,13	1,87	-0,26
Umbria	1,89	1,73	-0,16
Marche	1,36	1,43	0,07
Lazio	3,03	3,20	0,17
Abruzzo	2,54	2,06	-0,48
Molise	2,25	2,55	0,30
Campania	2,13	2,63	0,50
Puglia	2,43	2,40	-0,03
Basilicata	2,12	2,43	0,31
Calabria	2,14	2,25	0,42
Sicilia	2,08	2,25	0,17
Sardegna	2,01	2,37	0,36
Italia	2,01	2,01	0,00

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO. Anno 2008.

Grafico 2 - DMPO (grezza e standardizzata per case mix in giorni) in regime di ricovero ordinario per regione di ricovero - Anno 2006



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO. Anno 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati di DMPO presentati riguardano sia i ricoveri programmati che i ricoveri urgenti. Un'attenta gestione dei percorsi preoperatori per i ricoveri programmati e l'adozione di Linee Guida per codificare le prassi assistenziali ed organizzative da adottare per i ricoveri effettuati in urgenza, possono evitare, in entrambi i casi, attese ingiustificate e ritardi nell'esecuzione dell'intervento chirurgico e, quindi, migliorare sensibilmente la gestione del percorso assistenziale del paziente, non solo in termini di efficienza, ma anche riguardo il gradimento, l'efficacia, la sicurezza e gli esiti degli interventi stessi. A tale riguardo occorre considerare che diversi studi hanno dimostrato un'evidente correlazione tra una elevata DMPO e incidenza di infezioni ospedaliere preoperatorie. Si aggiunga che se il sistema di rimborso a prestazione e le opportunità offerte dall'evoluzione scientifica e tecnologica hanno favorito la progressiva riduzione del-

la degenza media dei ricoveri chirurgici in degenza ordinaria, l'analisi presentata sembra mostrare che il maggior contributo alla riduzione della degenza media per i ricoveri chirurgici sia dato dalla riduzione della degenza post-intervento. Nelle realtà che hanno raggiunto limiti molto bassi di degenza media complessiva, sia i clinici che varie organizzazioni di tutela dei pazienti ritengono più utile ed etico che la ricerca dell'efficienza ed il "guadagno" in termini di giornate di degenza risparmiate siano perseguiti soprattutto attraverso l'ottimizzazione dei percorsi preoperatori, piuttosto che con politiche assistenziali volte a favorire la dimissione precoce, a volte intempestiva, dei pazienti operati. Le evidenze rilevate e queste considerazioni dovrebbero spingere tutte le regioni a monitorare con attenzione il fenomeno anche allo scopo di definire soglie massime di DMPO per i più frequenti DRG chirurgici.

Degenza media preoperatoria per alcuni DRG in ricovero ordinario

Significato. L'indicatore analizza la Degenza Media PreOperatoria (DMPO) relativa al DRG 162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età >17 anni senza complicanze, 198 - Colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare senza complicanze¹, 209 - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori e 232 - Artroscopia.

La scelta dei DRG è stata fatta in funzione della numerosità della casistica, dell'elevata proporzione di casi gestiti in elezione (che minimizza le difficoltà di

interpretazione connesse alla presenza dei casi gestiti in urgenza) e della rilevanza sociale delle relative patologie. I dati di DMPO dei DRG prescelti rappresentano, pertanto, degli ottimi traccianti della effettiva capacità di un determinato contesto organizzativo di assicurare un servizio effettivamente orientato alle esigenze dei pazienti attraverso un'efficiente gestione del percorso preoperatorio ed un'ottimale pianificazione dell'utilizzo delle sale operatorie.

Degenza media preoperatoria per alcuni DRG chirurgici

Numeratore Giornate di degenza preoperatoria per alcuni DRG chirurgici (162, 198, 209, 232)

Denominatore Dimissioni per i DRG chirurgici considerati

Validità e limiti. L'indicatore DMPO esprime la massima significatività quando si confrontano singoli DRG e, pertanto, i risultati presentati possono essere considerati complementari e più specifici riguardo l'analisi condotta nella sezione precedente su tutta la casistica chirurgica regionale. Il confronto della DMPO relativa ai DRG deve peraltro tenere conto delle sensibili differenze regionali dell'indice di attrazione per le patologie considerate, in specie per quelle più complesse, per l'oggettiva difficoltà di adottare appropriati percorsi preoperatori extraospedalieri per i cittadini non residenti. L'analisi della percentuale degli interventi effettuati nei primi due giorni di ricovero potrebbe rappresentare un'estensione dello studio utile per affinare la valutazione e la comprensione del fenomeno di interesse, in specie a livello delle singole strutture di ricovero.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori più bassi di DMPO rilevati per ciascuno dei quattro DRG considerati individuano le migliori *performance* e forniscono una misura diretta e assai significativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso preoperatorio DRG specifico.

Descrizione dei risultati

La Tabella 1 ed il Grafico 1 illustrano i valori nazionali di DMPO rilevati nel periodo 2002-2006 per tutti i dimessi con DRG chirurgico e con i DRG selezionati (162, 198, 209 e 232). Nel periodo in esame si rileva una costante e significativa diminuzione della DMPO per tutti i DRG considerati (con l'eccezione del DRG 198 nel 2006), segno dell'attenzione posta ai diversi livelli del sistema per ottimizzare almeno i

percorsi preoperatori e/o la fase di pre-ospedalizzazione delle principali patologie chirurgiche gestibili attraverso un ricovero programmato. A tale riguardo è interessante notare che nello stesso periodo il valore riferito a tutti i DRG chirurgici è migliorato in misura significativamente inferiore. Per i DRG 162, 209 e 232 la riduzione registrata nel 2006 rispetto al 2005 risulta allineata con quanto registrato negli anni precedenti.

La Tabella 2 analizza la DMPO dei dimessi nel 2006 con i DRG selezionati. Il maggior livello di dettaglio dell'analisi mette in evidenza da un lato la costante variabilità della DMPO in funzione della complessità dei casi trattati e dall'altro le fortissime differenze ancora esistenti nelle varie regioni, con un evidente e significativo divario tra Nord e Sud del Paese. Il Friuli-Venezia Giulia registra il valore più bassi per il DRG 162, mentre la Valle d'Aosta per i DRG 198 e 232 e la Provincia Autonoma di Bolzano per il DRG 209, mentre, nonostante il complessivo miglioramento rispetto all'anno precedente, le regioni del Centro-Sud si contendono il primato opposto. Il range dei valori di DMPO per i DRG in esame è sempre molto elevato, tanto da superare in alcuni casi il valore della media nazionale.

L'analisi sembra dimostrare che nelle singole regioni il livello delle *performance* è in lento miglioramento. Al contrario sia il *ranking* che lo scostamento, positivo o negativo, rispetto alla media nazionale risultano statici per i diversi DRG considerati, segno evidente che la gestione del percorso preoperatorio è influenzata da modelli organizzativi e prassi operative ampiamente diffusi, consolidati e caratteristici di ciascun contesto regionale.

¹La diciannovesima versione del *groupes*, adottata dal 2006, include nel DRG 198 solo la colecistectomia laparotomica, escludendo le procedure chirurgiche laparoscopiche, indicate per i casi meno complessi e non complicati.

Una valutazione a parte merita l'andamento registrato per il DRG 198 che nel confronto con l'anno precedente mostra una forte inversione di tendenza¹. Malgrado la maggiore omogeneità della casistica la variabilità regionale riguardo la DMPO di questo

DRG resta elevata, con una media nazionale di 3,43 giorni e un range altissimo, compreso tra 1 giorno della Valle d'Aosta e 5,2 giorni della Basilicata (Tabella 2 e Grafico 3).

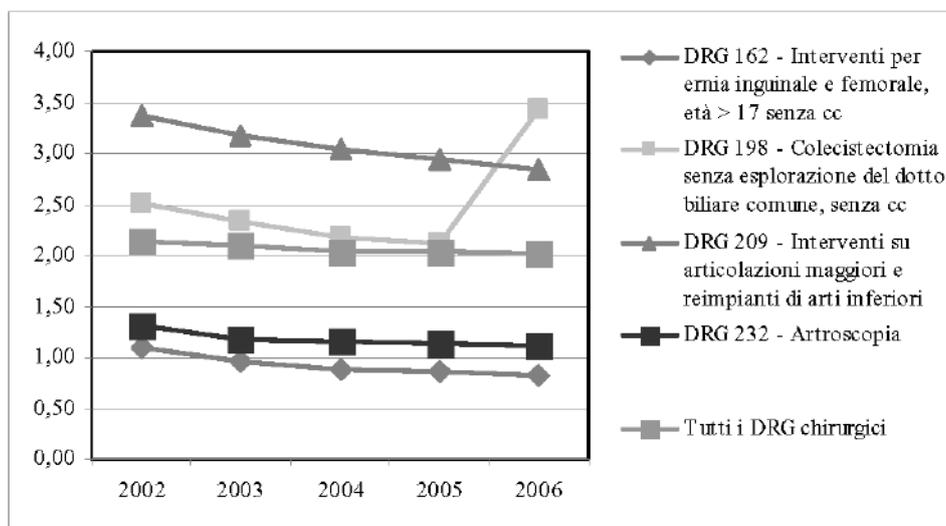
Tabella 1 - DMPO (giorni) in regime di ricovero ordinario per alcuni DRG chirurgici e variazione assoluta e percentuale - Anni 2002-2006

DRG	2002	2003	2004	2005	2006	Δ 2002-2006	Δ % 2002-2006
162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc	1,10	0,97	0,89	0,87	0,82	-0,28	-25,45
198 - Colectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, senza cc*	2,51	2,33	2,18	2,12	3,43	+0,92	+36,65
209 - Interventi su articolazioni maggiori e reimpanti di arti inferiori	3,37	3,17	3,03	2,95	2,85	-0,52	-15,43
232 - Artroscopia	1,31	1,18	1,16	1,14	1,12	-0,19	-14,50
Tutti i DRG chirurgici	2,13	2,09	2,04	2,04	2,01	-0,12	-5,63

*Nota 1.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO. Anno 2008.

Grafico 1 - DMPO (giorni) in regime di ricovero ordinario per alcuni DRG chirurgici - Anni 2002-2006

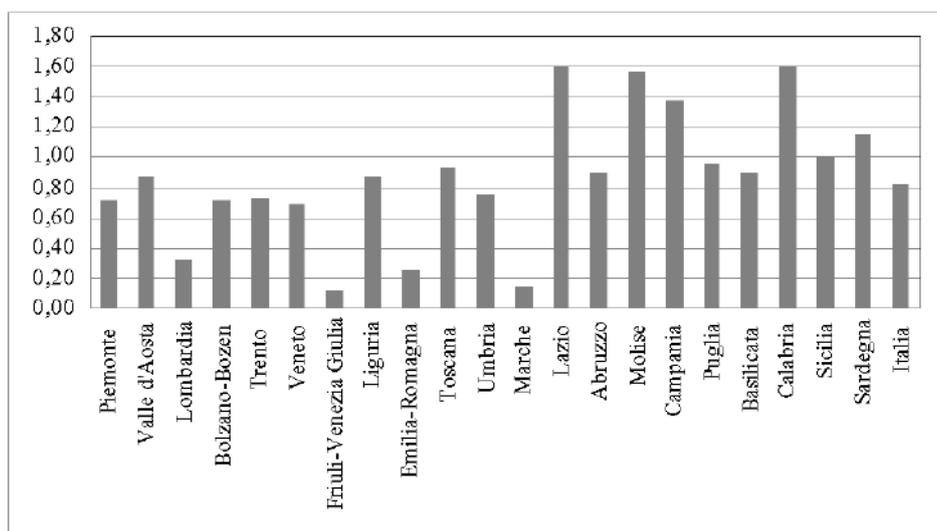


Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO. Anno 2008.

Tabella 2 - DMPO (giorni) in regime di ricovero ordinario per alcuni DRG chirurgici e regione di ricovero - Anno 2006

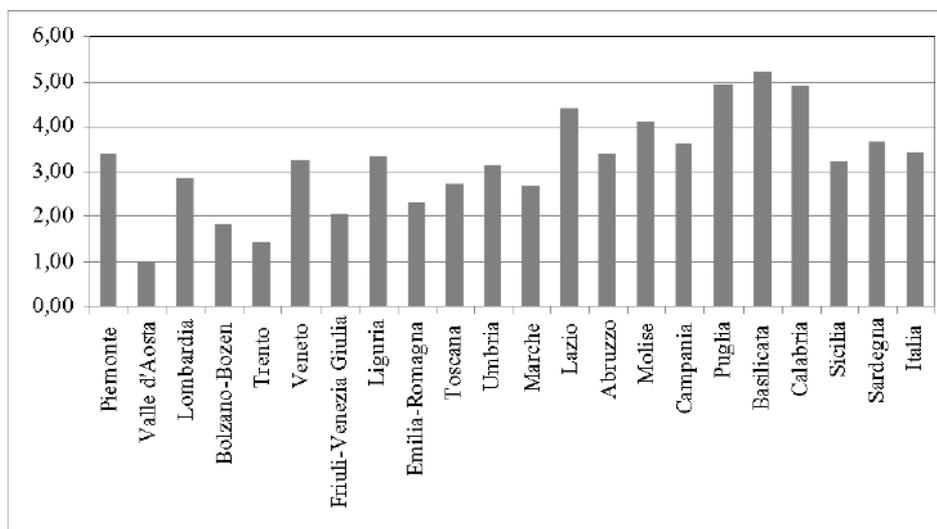
Regioni di ricovero	DRG			
	162	198	209	232
Piemonte	0,72	3,37	2,23	1,08
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,87	1,00	2,21	0,00
Lombardia	0,32	2,86	2,12	0,44
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,72</i>	<i>1,83</i>	<i>1,80</i>	<i>0,56</i>
Trento	0,73	1,42	2,15	0,69
Veneto	0,68	3,26	2,06	0,98
Friuli-Venezia Giulia	0,12	2,04	1,86	0,13
Liguria	0,87	3,33	3,00	1,88
Emilia-Romagna	0,25	2,31	2,25	0,64
Toscana	0,93	2,71	2,52	1,48
Umbria	0,76	3,10	2,00	0,93
Marche	0,15	2,67	1,95	0,39
Lazio	1,60	4,40	5,69	2,69
Abruzzo	0,90	3,37	2,82	1,01
Molise	1,56	4,09	3,89	1,71
Campania	1,37	3,60	4,62	2,30
Puglia	0,96	4,95	3,50	1,55
Basilicata	0,90	5,21	3,13	0,48
Calabria	1,60	4,89	3,40	1,31
Sicilia	1,01	3,21	3,93	2,13
Sardegna	1,15	3,66	4,00	1,15
Italia	0,82	3,43	2,85	1,12

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO. Anno 2008.

Grafico 2 - DMPO (giorni) per il DRG 162 (interventi per ernia inguinale e femorale, età >17 anni senza complicanze) per regione di ricovero - Anno 2006

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO. Anno 2008.

Grafico 3 - DMPO (giorni) per il DRG 198 (colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza complicanze) per regione di ricovero - Anno 2006



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO. Anno 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

In linea di massima l'analisi della DMPO dei DRG chirurgici selezionati suggerisce le medesime considerazioni fatte nella precedente sezione a proposito della DMPO relativa a tutti i DRG chirurgici. Tuttavia, anche in considerazione del fatto che il miglioramento rilevato nel gruppo di DRG studiati è nettamente superiore a quello registrato per l'insieme dei DRG chirurgici, la variabilità intraregionale e i valori di DMPO osservati in qualche regione appaiono francamente anomali e difficilmente giustificabili in relazione alle opportunità offerte dall'evoluzione delle tecniche diagnostiche, dalla loro minore invasività e dalla diffusa affermazione di modelli organizzativi in grado di assicurare una efficace ed attiva gestione del percorso preoperatorio in regime ambulatoriale.

Differenze regionali tanto elevate, tanto da far registrare valori di DMPO prossime al doppio dei valori medi nazionali, soprattutto per le regioni del Centro-Sud (Grafici 2 e 3), oltre che denotare un uso inefficiente delle strutture di ricovero, gravano sui pazienti esponendoli inutilmente a disagi e rischi insiti in un'ospedalizzazione inappropriata tanto che diversi studi hanno dimostrato un'evidente correlazione tra una elevata DMPO e incidenza di infezioni ospedaliere preoperatorie. Sarebbe, quindi, del tutto giustificata l'adozione di misure volte a disincentivare, anche attraverso adeguate politiche tariffarie, quelle strutture che non rispettassero soglie massime di DMPO per un set di DRG selezionati e/o per patologie chirurgiche gestibili attraverso il ricovero programmato.

Utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inappropriatelyzza

Significato. L'indicatore verifica l'entità di utilizzo del Day Hospital (DH) nella popolazione residente rispetto al ricovero ordinario per i 26 DRG Medici elencati nell'allegato 2C del DPCM 29/11/2001 e definiti "ad alto rischio di inappropriatelyzza" se erogati in regime di degenza ordinaria. L'indicatore consente pertanto di monitorare direttamente il raggiungimento dei valori soglia fissati dalle singole regioni rispetto alla percentuale di trasferimento in DH dei DRG in esame, come previsto da specifiche indicazioni contenute in un successivo accordo della Conferenza Stato-Regioni del 1 Agosto 2002. In coerenza con le indicazioni dello stesso DPCM, diverse regioni hanno ampliato la gamma dei DRG "potenzialmente inappropriati" che le strutture sanitarie possono trattare in un *setting* assistenziale diverso dal ricovero ordinario con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse.

È opportuno sottolineare che la percentuale di ricovero in DH, analizzata isolatamente, non è espressione di appropriatezza e non consente di valutare compiutamente il fenomeno dei ricoveri medici impropri, poiché è influenzata da due variabili molto importanti: il tasso di dimissioni ospedaliere (TD) ed i volumi di prestazioni alternative effettuate in regime ambulatoriale e di Day Service. In assenza di dati attendibili sull'attività ambulatoriale la relazione tra la percentuale di DH ed il tasso di dimissione standardizzato per età (TSD) per i DRG in esame può fornire sia una misura indiretta dell'accessibilità e dell'utilizzo dei servizi ambulatoriali distrettuali in funzione della complessiva riduzione dei ricoveri considerati, sia consentire una valutazione della reale efficacia delle azioni adottate dalle regioni per migliorare l'appropriatezza organizzativa ed il corretto utilizzo del DH per tali DRG.

Percentuale di ricoveri in Day Hospital per i DRG medici a rischio di inappropriatelyzza

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere in Day Hospital*}}{\text{Dimissioni ospedaliere in regime ordinario e in Day Hospital*}} \times 100$$

Tasso di dimissioni ospedaliere per i DRG medici a rischio di inappropriatelyzza**

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (modalità ordinaria + Day Hospital)*}}{\text{Popolazione media residente*}} \times 1.000$$

*Per i 26 DRG medici considerati.

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

Validità e limiti. Dopo l'emanazione del DPCM sui LEA del 29 novembre 2001 tutte le regioni hanno individuato, sebbene con tempi diversi, i valori soglia di ammissibilità dei ricoveri ordinari per i DRG che l'allegato 2C considera "ad alto rischio di inappropriatelyzza". I valori soglia individuati a livello delle singole regioni sono, tuttavia, sensibilmente differenti. Tale variabilità è dovuta alle diverse caratteristiche e agli orizzonti temporali delle azioni messe in campo per migliorare l'appropriatezza d'uso delle strutture di ricovero che hanno condizionato sia la scelta degli obiettivi che i risultati conseguibili nel medio periodo. Inoltre, alcune regioni che hanno introdotto ulteriori limitazioni dell'ammissibilità dei ricoveri ordinari, in molti casi hanno esteso gli interventi alla rete distrettuale, prevedendo azioni e percorsi per trasferire attività e prestazioni tipiche dei DRG considerati in un contesto extradegenza ospedaliera (ambulatorio, Day Service).

Il significato dell'indicatore considerato cambia se la

percentuale di ricoveri in DH per i DRG in esame è calcolata sui dimessi per regione di ricovero o sui dimessi per regione di residenza.

Quando si considera la regione di ricovero viene valutato il comportamento di tutti i produttori di una singola regione, indipendentemente dalla provenienza del paziente, mentre se si considerano i dimessi della regione di residenza il dato non spiega in tutto gli orientamenti degli ospedali della regione stessa in quanto il dato comprende anche la quota dei pazienti in mobilità passiva, cioè trattati in strutture di altre regioni.

Saranno illustrati di seguito, mediante il confronto 2004-2006, i dati relativi alla percentuale di utilizzo del Day Hospital per tutti i DRG medici a rischio di inappropriatelyzza calcolati sui dimessi per regione di ricovero e, solo per l'anno 2006, sarà effettuato anche il confronto con i dati relativi ai dimessi per regione di residenza. Successivamente, sarà presentato il confronto, per l'anno 2006, tra la percentuale di utilizzo

del Day Hospital ed il tasso di ospedalizzazione rilevato nelle singole regioni per i DRG medici in esame. Per rendere omogeneo tale confronto il dato relativo alla percentuale di utilizzo del DH riguarderà i dimessi per regione di residenza.

La percentuale del ricovero in DH consente di valutare l'appropriatezza del *setting* assistenziale, mentre il confronto con i rispettivi tassi di ospedalizzazione rende evidente, per ogni regione, l'impatto delle azioni attuate in termini di riconversione dei ricoveri in degenza ordinaria e di ricoveri complessivamente "risparmiati".

Valore di riferimento/Benchmark. In coerenza con la normativa di riferimento un'elevata percentuale di DH rappresenta il trend a cui tendere, ma solo in presenza di un basso tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (TSD) per il complesso dei 26 DRG oggetto di analisi. In ragione dell'interdipendenza dei due parametri si ipotizza, pertanto, un valore di riferimento ottimale caratterizzato da una percentuale di Day Hospital superiore e da un TSD inferiore ai rispettivi valori medi nazionali, o meglio ai rispettivi valori mediani.

Descrizione dei risultati

Per migliorare l'appropriatezza organizzativa dell'ospedale ogni regione ha dovuto promuovere strategie di intervento ed azioni che, sebbene coerenti con le indicazioni del DPCM, fossero innanzitutto compatibili con il proprio contesto organizzativo di riferimento. Gli interventi attuati presentano pertanto caratteristiche e importanza di grado diverso anche se riconducibili ad alcune fondamentali categorie (come ad esempio: abbattimenti tariffari dei DRG/LEA, adozione di sistemi di controllo esterno, coinvolgimento dei MMG, sviluppo di programmi per il trasferimento nel regime ambulatoriale di prestazioni specialistiche complesse, disincentivazione economica in rapporto alle soglie di ammissibilità, etc.). Le stesse soglie di ammissibilità in ricovero ordinario stabilite a livello regionale, come già sottolineato, sono state individuate con criteri e modalità differenti e, quindi, devono indurre una certa cautela quando si effettuano confronti tra le diverse realtà regionali.

Il confronto 2004-2006, relativo a tutti i dimessi con ricoveri attribuiti ai 26 DRG medici a rischio di inappropriatezza, dimostra che a distanza di un quinquennio dalle indicazioni poste dal DPCM 29/11/2001, la percentuale di DH tende verso la stabilità, seppure con risultati non uniformi in tutto il Paese dove si registrano rilevanti differenze nei valori e trend di segno opposto nelle diverse regioni (Tabella 1 e Grafico 1). L'andamento nazionale dei trasferimenti in regime di Day Hospital nell'anno 2006 è di segno positivo rispetto al 2004, tuttavia mostra una deflessione di un punto percentuale rispetto all'anno 2005, attestandosi intorno al 41%. La variabilità regionale risulta molto ampia con valori distribuiti in modo non omogeneo intorno alla media (range compreso tra il 14,3% della PA

di Trento e il 57,8% della Liguria). Quattordici regioni registrano valori più bassi della media nazionale, mentre sette presentano valori superiori (Liguria, Toscana, Lazio, Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia). In tutte le regioni, ad eccezione di Piemonte, PA di Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Sardegna, si registra un incremento variabile della percentuale di utilizzo del DH per i DRG/LEA in esame.

Il confronto tra le percentuali di utilizzo del Day Hospital per tutti i DRG medici a rischio di inappropriatezza calcolate sui dimessi per regione di ricovero con quelle calcolate sui dimessi per regione di residenza mette in evidenza un andamento singolare. In tutte le regioni (con la sola eccezione della Valle d'Aosta) la percentuale di utilizzo del DH calcolata sui dimessi per regione di ricovero è sempre maggiore rispetto a quella rilevata sui pazienti residenti. In pratica sembra che la propensione al ricovero in DH, ovvero la tendenza ad effettuare ricoveri inappropriati in regime di DH, sia minore quando il ricovero interessa un paziente residente nel territorio regionale e viceversa. In effetti questo dato può essere spiegato con la pratica ormai diffusa di definire a livello delle varie regioni specifici criteri per contrastare i ricoveri inappropriati, con particolare riguardo a quelli che interessano la popolazione residente (Tabella 2 e Grafico 2).

L'esame del TSD per i 26 DRG medici LEA consente di aggiungere ulteriori elementi di analisi del fenomeno dell'inappropriatezza di tali ricoveri. In particolare, il trasferimento in DH di una quota di ricoveri ordinari a rischio di inappropriatezza dovrebbe essere attuato mantenendo invariato il TSD complessivo, ovvero riducendolo ulteriormente in funzione del ricorso a forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero.

Il TSD del 2006 per i DRG medici LEA presenta una distribuzione caratterizzata da un'elevata variabilità con un range di valori molto ampio (da 8,3 per 1.000 della Valle d'Aosta a 40,7 per 1.000 della Sicilia) ed una media nazionale pari a 23,7 ricoveri per 1.000 abitanti. Tutte le regioni del Centro-Nord, tranne la PA di Bolzano e il Lazio, presentano TSD per i DRG in esame inferiori alla media nazionale, mentre tutte le regioni del Sud mostrano una distribuzione di segno opposto (Tabella 3).

Rispetto agli anni precedenti si rileva una costante diminuzione del TSD del livello nazionale (da 25,7 del 2004 a 23,7 ricoveri per 1.000 ab del 2006) ed un andamento analogo o al più una sostanziale stabilità a livello delle singole regioni, con l'unica eccezione della Campania che incrementa sensibilmente la quota di tali ricoveri in tutto il periodo considerato.

L'analisi congiunta della percentuale di ricoveri effettuata in Day Hospital e dei tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per i DRG medici a rischio di inappropriatezza, considerando come valori di riferimento il valore mediano dei due indicatori, fornisce quattro diverse rappresentazioni che riassumono con efficacia la situazione, i risultati conseguiti ed i possibili obiettivi di programmazione nelle varie realtà regionali (Grafico 3).

1) Le regioni che associano un TSD superiore ed una percentuale di utilizzo del DH inferiore rispetto alla mediana esprimono situazioni in controtendenza rispetto alle indicazioni del DPCM 2001. Un utilizzo improprio ed ampio del regime di ricovero ordinario dovrebbe innanzitutto essere contrastato con un migliore utilizzo del ricovero diurno ma, per ridurre l'eccesso di ospedalizzazione, dovrebbero essere parallelamente avviate azioni dirette a contenere la domanda di ricovero attraverso il potenziamento dei servizi diagnostici ed assistenziali distrettuali. In questa situazione si trovano tre regioni (Provincia Autonoma di Bolzano, Abruzzo e Sardegna).

2) Le otto regioni che si posizionano nell'area caratterizzata da TSD e percentuale di utilizzo del DH superiori rispetto alla mediana esprimono un sovrautilizzo delle strutture di ricovero, in specie diurno, che potrebbe denotare una scarsa offerta e/o accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali. Molise (valore mediano per quanto riguarda la percentuale di utilizzo del Day Hospital), Lazio, Liguria (valore mediano del TSD), Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia registrano un andamento in tal senso che dovrebbe indurre a porre particolare attenzione oltre che alla riduzione della domanda di ricovero, all'effettiva utilità ed appropriatezza d'uso del Day Hospital.

3) Questa area, caratterizzata da TSD inferiore e percentuale di utilizzo del DH superiore ai rispettivi valori

mediani, rappresenta una situazione teoricamente ottimale rispetto alle indicazioni normative. Si collocano in questa posizione, che esprime un ricorso minimo al ricovero in degenza ordinaria per il set dei DRG medici/LEA ed un ampio utilizzo del DH e dei servizi extradegenza, il Piemonte, la Valle d'Aosta, la Lombardia e l'Italia.

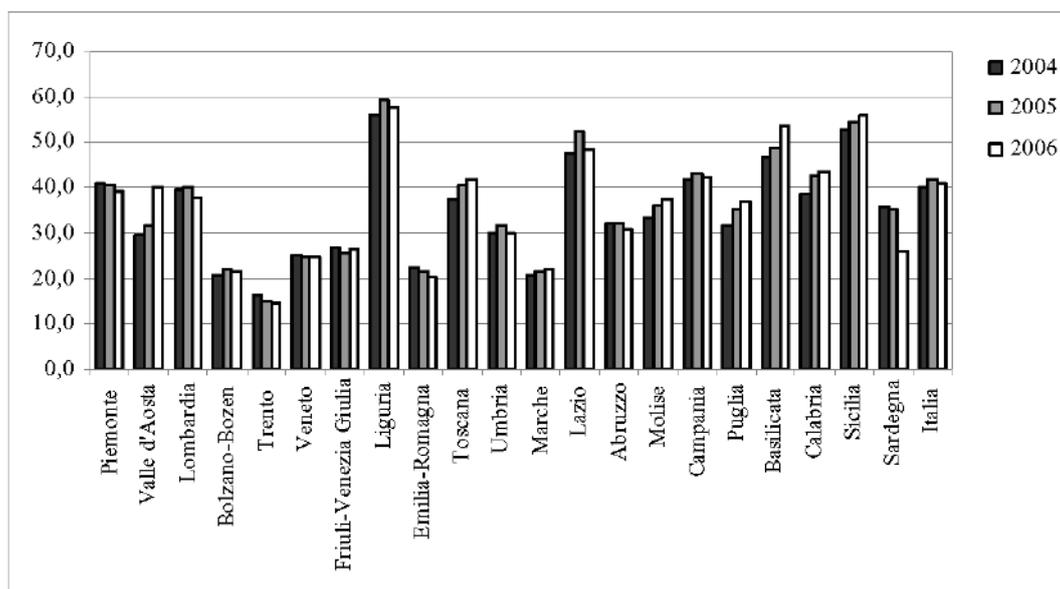
4) Le regioni che presentano un TSD e una percentuale di DH inferiore alla media nazionale dimostrano come sia possibile adottare efficaci politiche di contrasto del fenomeno dell'inappropriatezza dei ricoveri contrastando anche un inappropriato ed eccessivo utilizzo del Day Hospital. Le azioni intraprese in queste regioni (PA di Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Marche) hanno probabilmente interessato oltre che il settore ospedaliero anche l'individuazione di percorsi diagnostici terapeutici extradegenza e l'attivazione di modelli organizzativi alternativi al DH, sul tipo del Day Service. È evidente che in queste realtà l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione per i DRG medici a rischio di inappropriatezza è stata giocata sia sul fronte del ricovero ordinario che del ricovero diurno facendo leva sul livello di offerta, su elevate performance e sull'accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali e distrettuali. Purtroppo, il vuoto informativo relativo all'attività ambulatoriale costituisce un limite per un'oggettiva ed esaustiva valutazione delle azioni rivolte in questa direzione.

Tabella 1 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital per tutti i DRG medici a rischio di inappropriatezza e variazione percentuale, per regione di ricovero - Anni 2004-2006

Regioni di ricovero	2004	2005	2006	Δ % 2004-2006
Piemonte	40,9	40,5	39,3	-4,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	29,5	31,9	40,0	35,8
Lombardia	39,6	39,9	37,9	-4,4
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>20,8</i>	<i>22,1</i>	<i>21,6</i>	<i>3,7</i>
<i>Trento</i>	<i>16,5</i>	<i>15,0</i>	<i>14,3</i>	<i>-13,2</i>
Veneto	25,3	24,8	24,4	-3,4
Friuli-Venezia Giulia	26,8	25,7	26,6	-0,9
Liguria	56,1	59,4	57,8	3,0
Emilia-Romagna	22,6	21,4	20,3	-10,0
Toscana	37,4	40,5	41,7	11,5
Umbria	30,1	31,9	29,9	-0,8
Marche	20,5	21,7	22,1	8,0
Lazio	47,4	52,4	48,6	2,4
Abruzzo	32,0	32,3	30,7	-4,0
Molise	33,6	36,2	37,4	11,2
Campania	41,7	43,1	42,4	1,6
Puglia	31,9	35,0	37,0	16,1
Basilicata	46,7	49,1	53,9	15,4
Calabria	38,9	42,5	43,5	11,8
Sicilia	52,8	54,6	55,7	5,5
Sardegna	35,7	35,3	26,2	-26,6
Italia	40,0	41,7	40,8	1,9

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO. Anno 2008.

Grafico 1 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital per i DRG medici a rischio di inappropriatelyzza per regione di ricovero - Anni 2004-2006

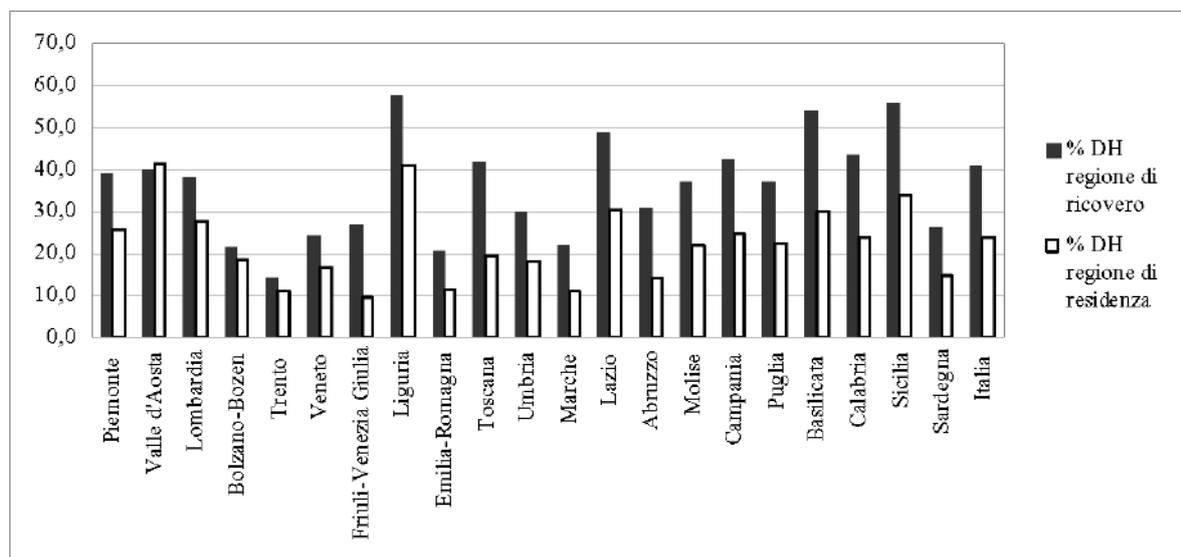


Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO. Anno 2008.

Tabella 2 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital per i DRG medici a rischio di inappropriatelyzza per regione di ricovero e di residenza - Anno 2006

Regioni	% DH regione di ricovero	% DH regione di residenza	Δ
Piemonte	39,3	25,6	13,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	40,0	41,6	-1,6
Lombardia	37,9	27,5	10,3
Bolzano-Bozen	21,6	18,7	2,9
Trento	14,3	11,0	3,3
Veneto	24,4	16,6	7,8
Friuli-Venezia Giulia	26,6	9,3	17,2
Liguria	57,8	40,9	16,9
Emilia-Romagna	20,3	11,3	9,0
Toscana	41,7	19,4	22,3
Umbria	29,9	18,3	11,6
Marche	22,1	11,2	11,0
Lazio	48,6	30,3	18,3
Abruzzo	30,7	14,3	16,5
Molise	37,4	21,8	15,6
Campania	42,4	25,0	17,4
Puglia	37,0	22,6	14,5
Basilicata	53,9	30,2	23,7
Calabria	43,5	23,7	19,8
Sicilia	55,7	34,0	21,7
Sardegna	26,2	14,9	11,3
Italia	40,8	23,8	17,0

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO. Anno 2008.

Grafico 2 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital per i DRG medici a rischio di inappropriatezza per regione di ricovero e di residenza - Anno 2006

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO. Anno 2008.

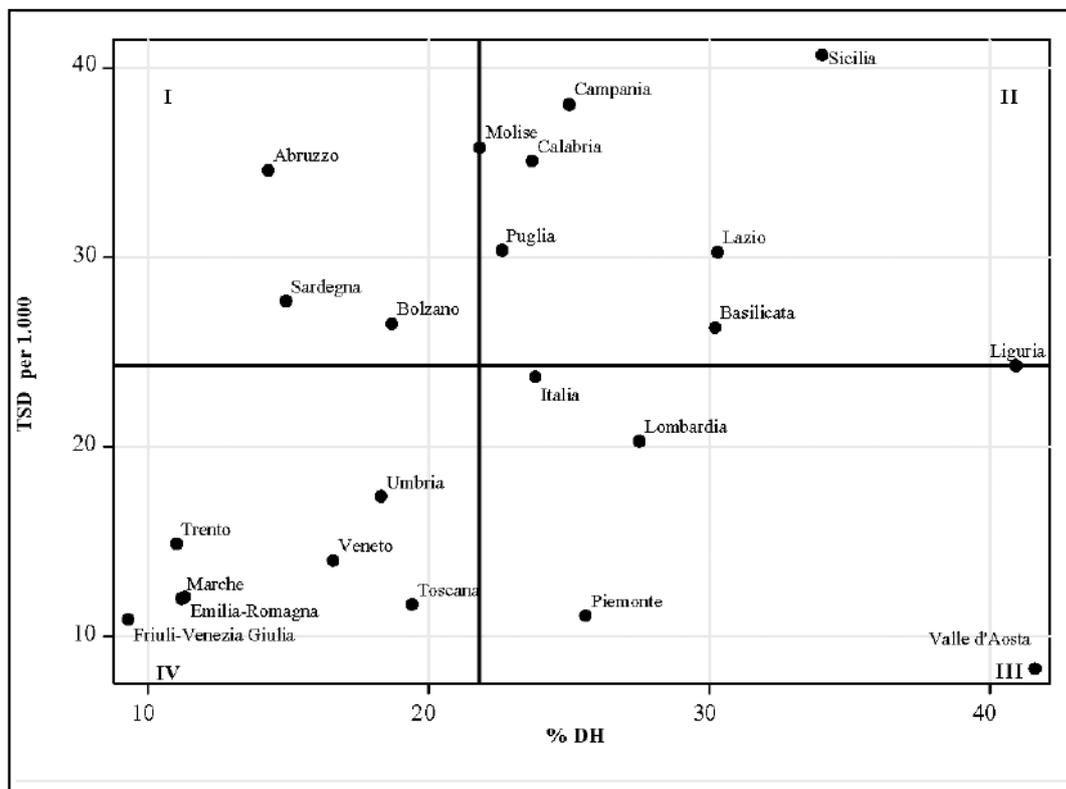
Tabella 3 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per i DRG medici a rischio di inappropriatezza per regione di residenza - Anni 2004-2006

Regioni	2004	2005	2006
Piemonte	13,0	11,9	11,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	10,5	9,4	8,3
Lombardia	22,0	21,5	20,3
Bolzano-Bozen	28,7	26,1	26,5
Trento	15,3	14,5	14,9
Veneto	15,5	14,6	14,0
Friuli-Venezia Giulia	10,8	10,6	10,9
Liguria	28,9	26,6	24,3
Emilia-Romagna	13,7	12,8	12,1
Toscana	12,8	12,3	11,7
Umbria	21,1	18,0	17,4
Marche	13,5	12,4	12,0
Lazio	33,4	34,7	30,3
Abruzzo	42,2	40,3	34,6
Molise	37,0	36,1	35,8
Campania	36,7	37,1	38,1
Puglia	30,5	29,9	30,4
Basilicata	29,7	27,1	26,3
Calabria	37,4	35,2	35,1
Sicilia	44,0	41,2	40,7
Sardegna	37,2	35,5	27,7
Italia	25,7	24,8	23,7

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Grafico 3 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital e tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per i DRG medici a rischio di inappropriatezza, per regione di residenza - Anno 2006



Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi svolta conferma che le indicazioni del DPCM 29/11/2001, sebbene in larga massima rispettate ed in molti casi positivamente superate grazie all'adozione di efficaci politiche volte a contrastare il fenomeno dell'inappropriato uso dell'ospedale, in alcune regioni (quelle del primo e del secondo gruppo del Grafico 3) non hanno ancora sortito l'effetto atteso. Comunque, il trend generale rispecchia abbastanza fedelmente le indicazioni della programmazione nazionale. Si può, peraltro, prevedere che il consolidamento delle azioni avviate nelle diverse realtà regionali possa produrre in prospettiva ulteriori risultati positivi, fino a ridurre in modo significativo le consistenti differenze rilevate tra le diverse aree del Paese. A tale riguardo le raccomandazioni poste in passato da Osservasalute al fine di perseguire un effettivo miglioramento del *setting* assistenziale per i DRG ad elevato rischio di inappropriatazza sono ancora attuali e mantengono la loro validità, specie per quelle situazioni limite che nel frattempo non hanno ancora avviato o messo a regime efficaci azioni correttive. Occorre, pertanto, continuare a promuovere azioni

mirate alla riduzione della domanda di ricovero ed al progressivo trasferimento dell'attività di degenza ordinaria in Day Hospital e nella rete dei servizi ambulatoriali e distrettuali, senza trascurare l'esigenza di disporre di maggiori informazioni rispetto all'offerta ed all'accessibilità dei servizi ambulatoriali al fine di valutare compiutamente alcuni importanti determinanti dell'inappropriatezza dei ricoveri. Rispetto a questo ultimo aspetto il confronto dei dati 2004-2006 conferma definitivamente che in un numero sempre maggiore di regioni non sembra logico perseguire ancora l'obiettivo di trasferire attività di ricovero ordinario in DH e di incrementare la quota di ricovero in tale sede. Infatti, avendo già agito sulla domanda e sulla struttura dell'offerta, tali realtà registrano TSD molto bassi, costanti decrementi dell'attività di DH per i DRG considerati e sembrano avere aperto un nuovo fronte che pone al centro dei percorsi diagnostici e terapeutici, anche per prestazioni di una certa complessità, il livello di assistenza ambulatoriale distrettuale. Tali nuove evidenze suggeriscono l'utilità di rimodulare le ipotesi di analisi e di programmazione. In termini di analisi, oltre ai parametri

studiati, per rendere più robuste le valutazioni a livello delle singole regioni, sarebbe opportuno considerare anche il tasso di dimissione al netto dei ricoveri di 1 giorno in DO e DH, valutare meglio la natura di tali accessi, per lo più diagnostici, ed avviare anche solo localmente rilevazioni omogenee sulle tipologie di attività di diagnostica ambulatoriale che hanno dimostrato di avere un impatto positivo sul fronte dell'appropriatezza dei ricoveri.

In termini di programmazione occorre che sia concretamente recepita e perseguita l'indicazione della Conferenza Stato Regioni che abbassa a 180 per 1.000 abitanti il tasso di ospedalizzazione generale e che sia

valutata l'opportunità che in tutte le regioni i DH di tipo medico siano sempre più sostituiti da modelli di organizzazione sul tipo del Day Service, in quanto livello di erogazione delle prestazioni maggiormente appropriato rispetto al ricovero. In una prospettiva di progressiva deospedalizzazione di alcune patologie, con la garanzia di adeguate condizioni organizzative, potrebbe essere opportuno prevedere ulteriori riduzioni tariffarie per le prestazioni erogate in regime di Day Hospital in modo da incentivare il ricorso a modelli di erogazione meno onerosi ed altrettanto efficaci riguardo la qualità dell'assistenza erogata.

Ricoveri di un giorno per DRG medici

Significato. L'uso appropriato dell'ospedale è uno degli obiettivi prioritari del Servizio Sanitario Nazionale. I ricoveri ordinari con degenza di un solo giorno rappresentano un importante aspetto di inappropriata del nostro sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie. Nella maggioranza dei casi i ricoveri che si concludono entro le 24 ore sono espressione di imperfette valutazioni cliniche, di anomalie organizzative o di modelli assistenziali che per le attività diagnostiche strumentali sono ancora troppo cen-

trati sulla rete dei servizi ospedalieri piuttosto che su quella dei servizi territoriali alternativi al ricovero. La percentuale di ricoveri medici di un giorno è un indicatore di processo che consente di orientare l'analisi dell'appropriato uso della degenza ordinaria sia che il fenomeno riguardi la gestione degli accessi urgenti avviati al ricovero dal Pronto Soccorso ovvero la correttezza delle indicazioni poste per i ricoveri programmati di tipo internistico.

Percentuale di ricoveri di un giorno per DRG medici

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni con 1 solo giorno di degenza per DRG medici}}{\text{Denominatore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere per DRG medici}} \times 100$$

Validità e limiti. L'indicatore prende in esame insieme sia i ricoveri urgenti che i ricoveri programmati con un solo giorno di degenza. Ai primi vanno ascritti casi che per vari motivi hanno ricevuto un'insufficiente valutazione clinica all'atto dell'accettazione in Pronto Soccorso e casi per i quali il ricorso ai servizi di urgenza si rende necessario per carenze nell'offerta o nell'accesso ai servizi erogati dai Medici di Medicina Generale o presso i poli diagnostici e/o terapeutici extraospedalieri. Questa ultima condizione e le liste di attesa per indagini diagnostiche complesse rappresentano le cause più frequenti del ricorso a ricoveri programmati che si esauriscono in una sola giornata di degenza. Dai ricoveri di un giorno sono esclusi quelli relativi ai pazienti deceduti ed ai trasferiti in altri ospedali per il proseguimento delle cure in quanto si presume che entrambe le situazioni esprimano condizioni assistenziali particolari, non direttamente correlate ai modelli organizzativi adottati per contrastare il fenomeno dell'inappropriatezza dei ricoveri. Sono, invece, compresi i ricoveri di un solo giorno effettuati nelle strutture di degenza che svolgono funzioni di Medicina d'urgenza. Nelle regioni che hanno avviato funzioni del tipo dell'Osservazione Breve presso i servizi di Pronto Soccorso la quota di ricoveri di un giorno dovrebbe essere molto ridotta e, pertanto, occorre tenere conto di tale aspetto nell'interpretazione e nella valutazione dei dati. Il confronto dell'indicatore in esame (calcolato sui dimessi per regione di ricovero) con il tasso di ospedalizzazione standardizzato (calcolato naturalmente sui dimessi per regione di residenza) dovrebbe influenzare solo in minima parte la validità dell'analisi. Il fenomeno dei ricoveri di un giorno è, infatti, correlato a determinanti e modalità operative tipici di un dato contesto organizzativo e non può essere influenzato che in minima parte dalla quota di pazienti in mobilità extraregionale, peraltro, modesta per tale genere di ricoveri prevalentemente a bassa complessità.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore medio nazionale può essere assunto come riferimento di base per un adeguato confronto, mentre il più basso tra i valori rilevati (5,0% nella PA di Trento) fornisce una misura concreta dei potenziali margini di miglioramento. Per il confronto con il tasso di ospedalizzazione sono stati utilizzati i valori mediani.

Descrizione dei risultati

I ricoveri medici di un giorno effettuati nel 2006 in degenza ordinaria a livello nazionale sono stati oltre 572 mila, il 10,6% del totale dei ricoveri di tipo internistico. Il confronto degli ultimi quattro anni mostra una costante riduzione del numero assoluto dei ricoveri di un giorno (circa 33.000 ricoveri tra il 2003 ed il 2006), a cui si è contrapposto un consistente incremento della quota relativa fino al 2005 e, quindi, una sensibile riduzione nel 2006. L'analisi dei dati dimostra, pertanto, che la forte contrazione del tasso dei ricoveri ordinari registrata negli ultimi anni, diretta conseguenza delle azioni avviate per migliorare l'appropriatezza organizzativa attraverso la scelta di *setting* assistenziali alternativi, ha interessato solo in parte i ricoveri di un giorno e con risultati alternanti, segno che rimangono quasi invariate le condizioni che determinano tale fenomeno (Tabella 1, Grafico 1). La riduzione registrata nel 2006 rispetto all'anno precedente ha interessato tutte le regioni ad eccezione dell'Abruzzo che presenta risultati peggiori. Nonostante il generale miglioramento delle *performance* si rilevano ancora forti differenze regionali ed un'accentuata variabilità (il range è molto ampio, compreso tra il 5,0% della Provincia Autonoma di Trento ed il 24,2% della Campania). La Campania pur registrando nel 2006 un leggero miglioramento del valore percentuale rispetto al triennio precedente resta ancora molto al di sopra della media nazionale e, soprattutto, mostra un peggioramento nel valore asso-

luto dei dimessi entro un giorno, analogamente al Piemonte, alla PA di Bolzano, al Lazio e all'Abruzzo. Come negli anni precedenti in questa regione un ricovero di tipo internistico ogni quattro si conclude con una degenza di un solo giorno. Tale eccesso di ospedalizzazione impropria è un chiaro sintomo di un sistema ancora centrato sull'offerta ospedaliera, con un'insufficiente azione di filtro dei servizi di urgenza e un'inadeguata organizzazione del livello ambulatoriale distrettuale e del Day Hospital per eseguire accertamenti diagnostici ed attività assistenziali di base.

Nel 2006 cinque regioni (PA di Bolzano, Umbria, Abruzzo, Campania, Sardegna) presentano percentuali di ricoveri medici di un giorno in Degenza Ordinaria superiori alla media nazionale, in analogia a quanto rilevato nell'anno precedente ad esclusione della Calabria che presenta nel 2006 un dato inferiore alla media nazionale.

Un elevato numero di ricoveri medici di un giorno effettuati in regime di Degenza Ordinaria incide sul tasso di ospedalizzazione. La Tabella 2 che mette in relazione l'indicatore oggetto di analisi con il tasso di ospedalizzazione per i ricoveri ordinari - standardizzato sulla popolazione media residente in Italia nel 2001 - fornisce una chiara evidenza del contributo fornito dai ricoveri potenzialmente inappropriati agli scostamenti

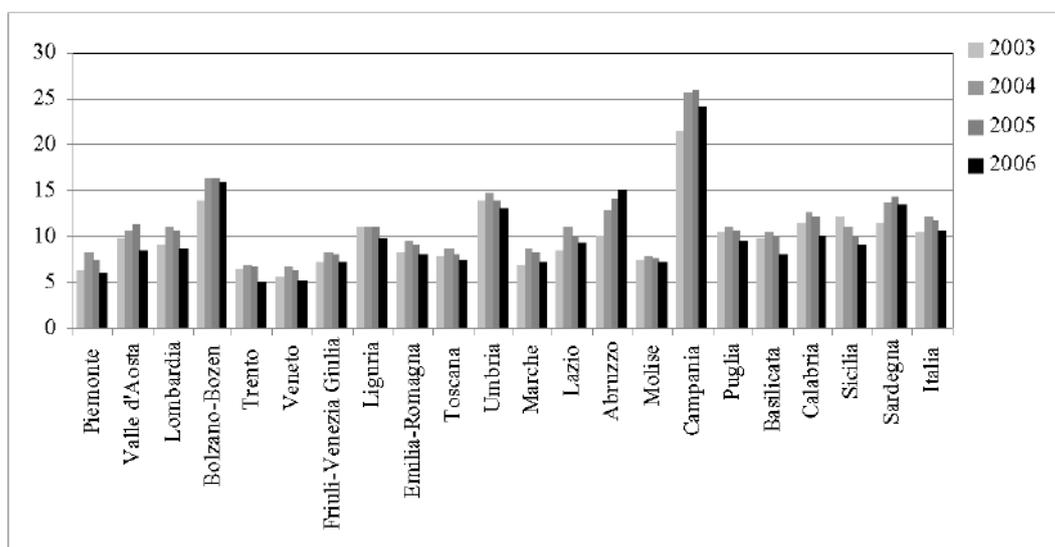
rilevati, specie nelle regioni del Sud, per tale parametro della programmazione ospedaliera. Il Grafico 2 distribuisce le regioni in quattro gruppi prendendo come riferimento la mediana del tasso di dimissione e la mediana della percentuale di ricoveri di un giorno. Per il confronto è stata utilizzata la mediana, invece, della media per limitare le distorsioni attribuibili a valori estremi molto elevati. Tutte le regioni con valori dell'indicatore superiori alla mediana fanno registrare anche elevati tassi di ospedalizzazione (gruppo 2), ad eccezione dell'Umbria che fa registrare un basso tasso di ospedalizzazione (gruppo 1). Lo stesso grafico mette in evidenza che in 9 regioni, tutte del Centro-Nord, ad una proporzione di ricoveri di un giorno inferiore alla mediana corrisponde un altrettanto basso tasso di ospedalizzazione (gruppo 4). Due regioni presentano, invece, una quota di ricoveri di un giorno relativamente bassa e, comunque, un tasso di ospedalizzazione superiore alla media nazionale (Basilicata e Molise) (gruppo 3). In tali realtà è probabile che, in assenza di azioni correttive specifiche, la quota di ricoveri di un giorno sarà destinata ad aumentare oltre i valori di riferimento nel momento in cui saranno intraprese efficaci azioni per contrastare con decisione il fenomeno dell'eccesso di ospedalizzazione.

Tabella 1 - Dimissioni ospedaliere con un solo giorno di degenza (valori assoluti e percentuali) in regime di ricovero ordinario per DRG medici, per regione di ricovero - Anni 2003-2006

Regioni di ricovero	2003		2004		2005		2006	
	Dimessi	%	Dimessi	%	Dimessi	%	Dimessi	%
Piemonte	18.736	6,2	19.409	8,2	18.413	7,4	19.095	6,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1.005	9,8	827	10,6	900	11,3	772	8,4
Lombardia	74.943	9,2	76.156	11,0	75.006	10,6	70.593	8,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>8.195</i>	<i>14,0</i>	<i>7.767</i>	<i>16,4</i>	<i>7.826</i>	<i>16,4</i>	<i>7.890</i>	<i>15,9</i>
<i>Trento</i>	<i>2.818</i>	<i>6,6</i>	<i>2.280</i>	<i>7,0</i>	<i>2.312</i>	<i>6,8</i>	<i>2.195</i>	<i>5,0</i>
Veneto	23.079	5,7	21.799	6,8	21.008	6,4	19.625	5,3
Friuli-Venezia Giulia	7.060	7,1	6.512	8,2	6.697	8,1	6.505	7,2
Liguria	18.624	11,1	14.834	11,0	14.869	11,0	14.357	9,8
Emilia-Romagna	31.801	8,2	30.138	9,6	29.644	9,2	28.393	8,0
Toscana	25.982	7,9	22.981	8,6	21.655	8,1	20.389	7,3
Umbria	11.990	14,0	10.595	14,8	9.942	13,9	9.728	13,1
Marche	9.870	7,0	9.914	8,6	9.482	8,2	9.309	7,2
Lazio	45.913	8,4	52.518	11,0	46.904	9,9	48.815	9,4
Abruzzo	17.874	10,0	21.053	12,8	23.753	14,2	25.851	14,9
Molise	3.055	7,4	2.863	7,8	2.965	7,7	2.888	7,2
Campania	130.285	21,5	134.214	25,6	137.950	25,9	144.909	24,2
Puglia	50.566	10,4	44.813	11,1	43.955	10,7	43.740	9,6
Basilicata	5.514	9,7	4.925	10,4	4.748	9,9	4.367	8,1
Calabria	26.265	11,6	24.655	12,6	23.421	12,2	22.075	10,0
Sicilia	71.753	12,1	56.124	11,1	48.545	10,1	48.452	9,2
Sardegna	21.019	11,5	22.224	13,6	23.959	14,3	22.889	13,6
Italia	606.347	10,5	586.601	12,1	573.954	11,8	572.837	10,6

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO. Anno 2008.

Grafico 1 - Percentuale di ricoveri di un giorno per DRG medici in regime di ricovero ordinario per regione di ricovero - Anni 2003-2006



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO. Anno 2008.

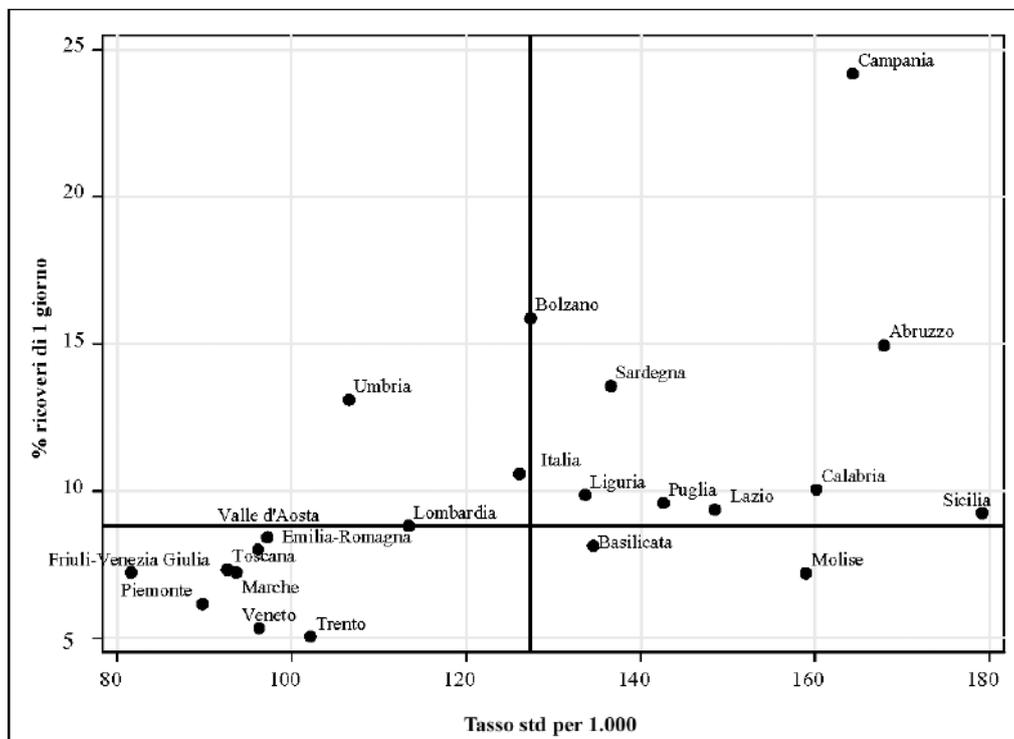
Tabella 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici (ricovero ordinario e Day Hospital) per regione di residenza e percentuale di ricoveri di un giorno per DRG medici in regime di ricovero ordinario per regione di ricovero - Anno 2006

Regioni	Tassi std	% ricoveri di un giorno
Sicilia	179,1	9,2
Abruzzo	167,9	14,9
Campania	164,3	24,2
Calabria	160,2	10,0
Molise	158,9	7,2
Lazio	148,5	9,4
Puglia	142,6	9,6
Sardegna	136,6	13,6
Basilicata	134,6	8,1
Liguria	133,6	9,8
Bolzano-Bozen	127,4	15,9
Italia	126,1	10,6
Lombardia	113,4	8,8
Umbria	106,6	13,1
Trento	102,2	5,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	97,2	8,4
Veneto	96,3	5,3
Emilia-Romagna	96,1	8,0
Marche	93,7	7,2
Toscana	92,6	7,3
Piemonte	89,8	6,2
Friuli-Venezia Giulia	81,6	7,2

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Grafico 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici (ricovero ordinario e Day Hospital) per regione di residenza e percentuale di ricoveri di un giorno per DRG medici in regime di ricovero ordinario per regione di ricovero - Anno 2006



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

La dimensione del fenomeno e l'estrema variabilità regionale, con un evidente gradiente Nord-Sud, dimostrano con chiarezza che la proporzione di ricoveri di un giorno per i DRG medici ed il relativo tasso di ospedalizzazione, sono strettamente correlati al grado di sviluppo dei servizi diagnostici distrettuali e alla definizione di PDTA che, anche per stati morbosi di lieve entità trattati in prima istanza nelle strutture di Pronto Soccorso, prevedono la presa in carico da parte dei servizi extraospedalieri.

Contrastare l'inappropriato uso della Degenza Ordinaria, oltre che contribuire a ridurre il tasso di ospedalizzazione entro il limite complessivo di 180 ricoveri per 1.000 abitanti fissato dalla programmazione nazionale, può consentire, senza modificare nella sostanza i livelli prestazionali ed assistenziali assicurati ai cittadini, un migliore utilizzo delle risorse disponibili e la valorizzazione del ruolo dell'ospedale come luogo deputato a fornire risposte assistenziali a problemi di salute complessi caratterizzati da acuzie e gravità. Il fenomeno dell'elevato numero di ricoveri medici di un solo giorno è certamente dipendente anche dal comporta-

mento dei clinici, ma quasi sempre concorrono caratteristiche non fisiologiche del contesto organizzativo di riferimento, anomalie del sistema dell'offerta di servizi quali quelle richiamate e spesso anche politiche tariffarie regionali che non favoriscono i comportamenti virtuosi e/o penalizzano in modo insufficiente quelli inappropriati. La correzione di queste anomalie impone alle regioni di migliorare l'analisi delle cause alla radice del fenomeno al fine di promuovere, in coerenza con le indicazioni sui LEA e tutte le normative di riferimento, specifici programmi finalizzati agli obiettivi di appropriatezza, allo sviluppo della rete dei servizi territoriali e alla loro effettiva integrazione con il livello ospedaliero. In ultimo, per contrastare i comportamenti anomali nonché l'artificiosa induzione della domanda, non devono essere sottovalutati i benefici che deriverebbero dalla definizione, con il coinvolgimento dei clinici, di adeguati percorsi diagnostico terapeutici per alcune patologie a bassa complessità ed elevata incidenza e, nei casi limite, dall'eventuale introduzione di forti disincentivi economici per le strutture che presentano valori oltre soglie definite.

Ospedalizzazione

Significato. Il tasso di ospedalizzazione fornisce una misura di propensione al ricovero ospedaliero della popolazione oggetto di studio. Si calcola come rapporto fra il numero di ricoveri ospedalieri, ovunque effettuati, relativi a soggetti residenti in una data regione e la complessiva popolazione ivi residente. Il tasso di ospedalizzazione viene solitamente elaborato per ciascuna modalità di ricovero, ovvero sia per il regime di ricovero ordinario (RO) che per il regime

di ricovero diurno, comprensivo del Day Hospital (DH) medico e chirurgico, o Day Surgery.

In tal modo l'indicatore consente di descrivere il ricorso alle diverse modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera e di cogliere, nelle analisi temporali, gli eventuali spostamenti della casistica ospedaliera da un *setting* assistenziale all'altro. In tal senso fornisce indicazioni, sebbene indirette, anche sulla struttura dell'offerta e sulle sue modificazioni.

Tasso di dimissioni ospedaliere*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

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

Validità e limiti. L'indicatore misura la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dai servizi sanitari, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle inappropriate per l'ambito ospedaliero e comprende, quindi, anche una quota di ospedalizzazione determinata da inefficienze dell'assistenza ospedaliera e da carenze dell'assistenza territoriale. D'altra parte, l'indicatore non consente di analizzare la domanda "insoddisfatta" dovuta, in taluni contesti, alla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie e rappresentativa di un bisogno di salute percepito ed espresso dalla popolazione.

Nel calcolo sono state considerate le dimissioni per acuti, in riabilitazione ed in lungodegenza effettuate dalle strutture pubbliche e private accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale. Sono stati esclusi i ricoveri dei neonati sani e dei soggetti non residenti in Italia. L'indicatore include i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto, perché intende esprimere l'entità della domanda di ricovero e, quindi, si riferisce al numero di episodi di ricovero nel corso dell'anno.

Qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime di DH: si rilevano, infatti, alcune diversità, da una regione all'altra, nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi all'ospedalizzazione in regime diurno.

Il fenomeno dell'ospedalizzazione risulta notevolmente correlato all'età del paziente. Pertanto, al fine di confrontare la propensione al ricovero nei diversi contesti regionali, è stato calcolato il tasso standardizzato. Con riferimento, quindi, alla popolazione media residente in Italia nel 2001, sono stati calcolati i tassi di ospedalizzazione regionali standardizzati, in cui risulta corretto l'effetto della variabilità regionale determinata dalla diversa composizione per età nelle singole regioni. Il dato del 2007 è messo a confronto

con analoghe rilevazioni effettuate nel 2005 e nel 2006.

Valore di riferimento/Benchmark. L'Intesa tra Stato-Regioni sancita il 23 marzo 2005, art. 4 comma 1 punto b, ha fissato, quale obiettivo da raggiungere entro il 2007, il mantenimento del tasso di ospedalizzazione complessivo per ricoveri entro il valore di 180‰ residenti, di cui un 20% (in pratica il 36‰) relativo ai ricoveri in regime diurno.

Descrizione dei risultati

Nel 2007 il tasso grezzo di ospedalizzazione a livello nazionale è di 137,43 per 1.000 abitanti in modalità ordinaria e di 61,05 per 1.000 in modalità di DH. L'analisi temporale conferma la tendenza alla riduzione del ricovero ospedaliero in entrambe le modalità di ricovero (Grafico 1).

Nel 2007 il tasso standardizzato di ospedalizzazione complessivo a livello nazionale è di 133,1‰ di cui 133,1‰ in modalità ordinaria e 59,9‰ in modalità di DH (Tabella 1). Il tasso di ospedalizzazione complessivo varia, a livello regionale, dal valore massimo presente in Sicilia (241,7‰) al valore minimo del Friuli-Venezia Giulia (149,2‰). Rispetto allo standard normativo del 180‰, solo 9 regioni presentano risultati uguali o inferiori, mentre le restanti 12, tutte del Centro-Sud, ad eccezione della Liguria, Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Bolzano, presentano valori superiori. In generale, tutte le regioni del Sud e delle Isole, presentano un tasso complessivo maggiore anche rispetto alla media nazionale, mentre quelle del Centro-Nord un tasso inferiore, ad eccezione della Liguria, del Lazio e della PA di Bolzano.

Il tasso in RO varia dal 166,6‰ della Puglia al 103,2‰ della Toscana e si registra un valore più ele-

vato della media nazionale oltre che nel Sud, ad eccezione della Basilicata, in Lombardia, nel Lazio e nella PA di Bolzano.

Tutte le regioni presentano un tasso di ospedalizzazione per il DH superiore al riferimento normativo del 36%. I ricoveri in DH corrispondono al 31,0% del totale (nel 2006 il dato era del 31,8%). Per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione in regime diurno le regioni con valori estremi sono sempre la Sicilia (101,6‰) e il Friuli-Venezia Giulia (35,9‰), mentre presentano valori molto superiori alla media nazionale Liguria, Campania e Basilicata.

L'analisi del trend mette in evidenza una costante riduzione dei tassi di ospedalizzazione. Per il tasso complessivo la riduzione è del 5,2% nel 2007 rispetto al 2006 e del 7,1% rispetto al 2005. Per la modalità di ricovero in RO la riduzione è del 4,1% rispetto al 2006 e del 5,7% rispetto al 2005; per la modalità di ricovero in regime diurno è del 7,6% rispetto al 2006 e del 10,2% rispetto al 2005.

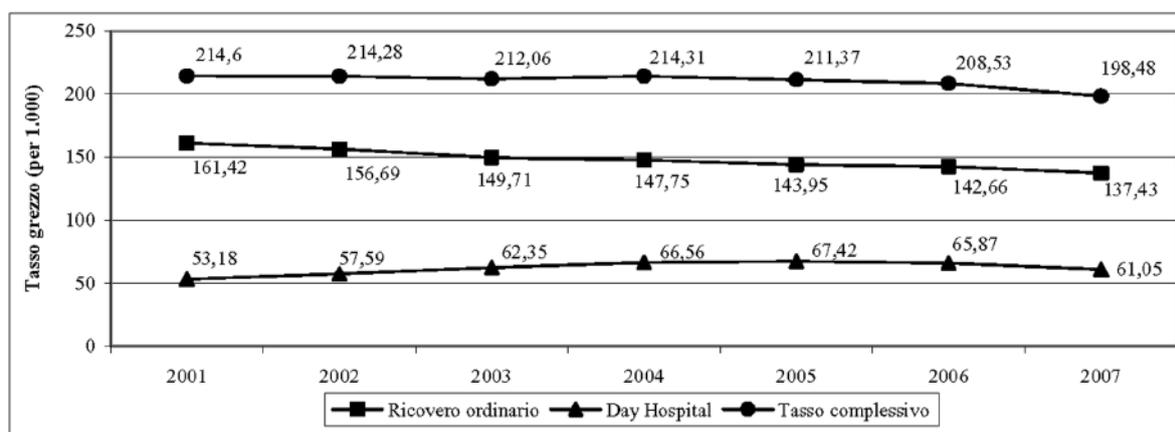
La maggiore riduzione del tasso di ospedalizzazione, nel periodo considerato, è stata registrata in alcune delle regioni con valore di partenza più elevato: in Abruzzo (263,2‰ nel 2005 vs 217,4‰ nel 2007), nel Lazio (247,0‰ nel 2005 vs 204,3‰ nel 2007) e in Sardegna (226,1‰ nel 2005 vs 197,0‰ nel 2007). Tra

l'anno 2005 e 2007 le uniche due regioni con un trend in aumento del tasso di ospedalizzazione sono state la Valle d'Aosta (180,8‰ nel 2005 vs 185,9‰ nel 2007) e la Puglia (216,2‰ nel 2005 vs 220,3‰ nel 2007) che già presentava un dato molto al di sopra della media nazionale.

Per quanto riguarda le dimissioni in regime di RO, tra il 2005 e il 2007, c'è stata una riduzione del tasso di ospedalizzazione in tutte le regioni eccetto la Valle d'Aosta (126,5‰ nel 2005 vs 129,6‰ nel 2007). Le regioni con una riduzione più importante sono, come per il tasso complessivo, l'Abruzzo (192,5‰ nel 2005 vs 158,6‰ nel 2007), il Lazio (152,7‰ nel 2005 vs 136,8‰ nel 2007) e la Sardegna (159,3‰ nel 2005 vs 139,6‰ nel 2007).

Per quanto riguarda le dimissioni in attività di DH ci sono regioni in cui si è avuta una forte riduzione del tasso di ospedalizzazione come il Lazio (94,3‰ nel 2005 vs 67,5‰ nel 2007), la Lombardia (60,1‰ nel 2005 vs 45,0‰ nel 2007) che già presentava nel 2005 valori al di sotto della media nazionale e l'Abruzzo (70,7‰ nel 2005 vs 58,7‰ nel 2007). In Basilicata (67,2‰ nel 2005 vs 72,0‰ nel 2007) e in Puglia (48,2‰ nel 2005 vs 53,8‰ nel 2007) si è avuto un lieve incremento del tasso di dimissioni in attività di DH.

Grafico 1 - Tassi grezzi di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per regime di ricovero - Anni 2001-2007



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009.

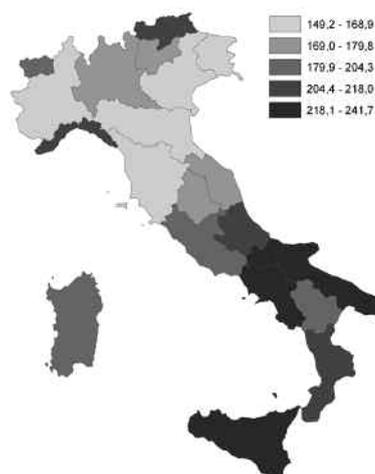
Tabella 1 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per regione e regime di ricovero - Anni 2005-2007

Regioni	2005			2006			2007		
	Regime Ordinario	Day Hospital	Totale	Regime Ordinario	Day Hospital	Totale	Regime Ordinario	Day Hospital	Totale
Piemonte	110,6	60,2	170,8	109,3	61,4	170,7	107,6	60,7	168,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	126,5	54,3	180,8	125,3	55,0	180,3	129,6	56,3	185,9
Lombardia	140,7	60,1	200,9	138,8	58,6	197,4	134,8	45,0	179,8
Bolzano-Bozen	159,2	49,2	208,5	155,1	50,2	205,2	155,0	51,7	206,7
Trento	127,0	54,8	181,8	124,8	56,1	180,8	122,8	56,5	179,3
Veneto	122,8	53,7	176,5	119,7	50,3	170,0	115,7	45,4	161,1
Friuli-Venezia Giulia	115,0	37,0	152,1	113,8	36,7	150,6	113,2	35,9	149,2
Liguria	124,9	97,1	222,0	121,7	89,0	210,7	118,8	86,9	205,7
Emilia-Romagna	128,8	45,7	174,5	127,8	43,3	171,1	126,3	42,6	168,9
Toscana	109,3	51,8	161,1	106,1	51,6	157,7	103,2	50,6	153,8
Umbria	120,0	60,3	180,3	117,9	58,2	176,1	117,8	58,0	175,8
Marche	130,7	45,4	176,1	129,6	45,7	175,3	126,8	46,4	173,2
Lazio	152,7	94,3	247,0	147,7	80,1	227,8	136,8	67,5	204,3
Abruzzo	192,5	70,7	263,2	184,0	68,2	252,2	158,6	58,7	217,4
Molise	175,6	61,1	236,7	171,5	63,5	235,0	165,0	63,2	228,2
Campania	162,9	78,7	241,7	161,8	78,3	240,1	156,1	77,7	233,8
Puglia	168,0	48,2	216,2	170,1	50,5	220,7	166,6	53,8	220,3
Basilicata	136,9	67,2	204,1	133,8	72,2	206,0	123,9	72,0	195,9
Calabria	163,8	65,9	229,7	162,1	69,4	231,4	150,2	67,8	218,0
Sicilia	153,7	107,3	261,0	151,5	112,1	263,6	140,1	101,6	241,7
Sardegna	159,3	66,8	226,1	148,3	54,8	203,1	139,6	57,4	197,0
Italia	141,1	66,7	207,8	138,8	64,8	203,5	133,1	59,9	193,0

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per regione. Anno 2007



Raccomandazioni di Osservasalute

I recenti piani sanitari, nazionali e regionali, propongono una revisione della rete ospedaliera esistente ponendo, quale obiettivo prioritario, un riequilibrio tra i livelli di assistenza sanitaria. A tal fine, è auspicata una riallocazione delle risorse e, quindi, dell'offerta assistenziale secondo linee che tendono a promuovere la prevenzione e a potenziare le forme di assistenza alternative al tradizionale ricovero ospedaliero, in particolare l'assistenza territoriale e distrettuale, un incremento del ricovero diurno, l'introduzione di interventi riabilitativi e di lungodegenza in ambito residenziale e domiciliare, una programmazione sanitaria volta all'abbattimento dei tempi di attesa e l'adozione di sistemi di valutazione circa l'appropriatezza della modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

L'obiettivo normativo fissato dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 di raggiungere entro il 2007 il tasso di ospedalizzazione complessivo di 180 ricoveri per 1.000 residenti, di cui un 20% relativo ai ricoveri in regime diurno, non sembra ancora alla portata della maggioranza delle regioni, tra cui tutte quelle dell'Italia meridionale ed insulare.

Anche se in questi ultimi anni si è avuta una complessiva riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri su tutto il territorio nazionale, in particolare a seguito delle azioni dettate dal DPCM del 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, la contrazione dell'ospedalizzazione è ancora piuttosto contenuta, persiste una forte differenza regionale e si deve constatare che in alcune realtà le riorganizzazioni previste e intraprese stentano a tradursi nei risultati attesi.

I provvedimenti emanati nel 2001 per la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri e le scelte sulla struttura e sull'organizzazione dell'offerta attuate da alcune regioni, hanno determinato un trasferimento di alcune prestazioni sanitarie in Day Hospital/Day Surgery con la conseguente contrazione del numero di ricoveri in degenza ordinaria. Contemporaneamente, però, si è anche verificato un incremento, in alcuni casi significativo, della domanda per cui è necessario monitorare nel tempo il processo di ospedalizzazione al fine di definire ed attuare misure correttive adeguate per la razionalizzazione della rete ospedaliera ed un'efficace integrazione della stessa con i servizi sanitari territoriali.

Ospedalizzazione per età e tipologia di attività

Significato. L'età del paziente rappresenta un fattore demografico estremamente significativo quando si analizza il ricorso alle prestazioni sanitarie. Il bisogno di salute varia in relazione all'età e, quindi, anche l'entità della domanda di prestazioni sanitarie ospedaliere. In particolare, la tipologia di assistenza ospedaliera erogata (acuzie, riabilitazione o lungodegenza) risente fortemente delle caratteristiche demografiche

della popolazione e ciò è da attribuire, anche in parte, all'organizzazione dell'offerta di prestazioni sanitarie presso strutture assistenziali di pertinenza territoriale. I tassi di ospedalizzazione, calcolati a livello regionale, per classi di età e per tipologia di assistenza erogata, consentono di evidenziare il fenomeno ed eventuali differenze geografiche.

Tasso di dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere, per classi di età e tipo di attività}^1}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

¹Regime di degenza ordinario, distintamente nei reparti di attività per acuti, riabilitazione e lungodegenza.

Validità e limiti. Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), considerate nel calcolo dell'indicatore, sono relative alle dimissioni effettuate, in regime di ricovero ordinario, nel corso dell'anno 2007 dagli istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale. Sono state escluse le dimissioni dei neonati sani, 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.

È opportuno precisare che nella banca dati complessiva possono essere presenti più schede di dimissione relative al medesimo paziente, con riferimento ad un episodio di ricovero: infatti, se un paziente viene trasferito, all'interno di uno stesso istituto, da una tipologia di attività ad un'altra (ad esempio da un reparto per acuti ad uno di riabilitazione) o da una modalità di ricovero all'altra (dal Day Hospital al regime ordinario e viceversa), devono essere compilate due schede di dimissione, una per ciascuna tipologia di attività erogata o regime di ricovero.

L'indicatore include, inoltre, i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto in quanto si riferisce al numero di episodi di ricovero nel corso dell'anno.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per il tasso di ospedalizzazione specifico per classi di età. Il confronto dei tassi specifici regionali con quello nazionale consente di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero nelle classi di età.

Descrizione dei risultati

Le tabelle mostrano la distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione specifici per classi di età, distintamente per le varie tipologie di attività ospedaliera (acuti, riabilitazione, lungodegenza). Rispetto ai

dati relativi alle SDO 2006 (Rapporto Osservasalute 2008, pagg. 422-426), si nota una tendenza alla diminuzione dei valori dei tassi di ospedalizzazione per acuti e dei ricoveri in regime ordinario di riabilitazione; un aumento, invece, si registra per i ricoveri in lungodegenza.

Per quanto riguarda i ricoveri ordinari nelle discipline per acuti, in tutte le regioni i valori più alti si evidenziano nelle classi di età estreme (Tabella 1, Grafico 1). Si osserva, inoltre, che il tasso di ospedalizzazione per tutte le fasce d'età e, in particolare, per i soggetti con età compresa fra 65 e 74 anni, è mediamente più elevato nelle regioni del Sud rispetto alle regioni del Centro-Nord.

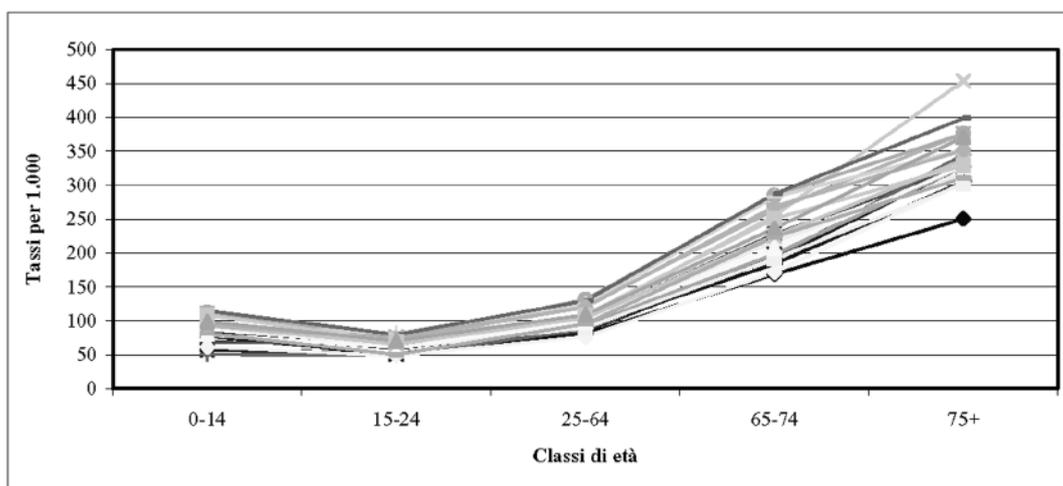
Relativamente all'attività di riabilitazione sono state considerate classi di età più ampie perché vi ricorrono più frequentemente pazienti anziani. In particolare, si osserva come il tasso di ospedalizzazione assuma i valori più elevati per la classe degli ultrasessantacinquenni e con una considerevole variabilità tra le regioni. Ciò, è certamente da attribuire alla diversa progettazione sia delle reti ospedaliere che dei servizi territoriali, anche in termini di dotazione di strutture specializzate nell'assistenza riabilitativa.

Per quanto riguarda l'attività di lungodegenza, il tasso di ospedalizzazione assume valori di rilievo per la classe di età estrema, che comprende gli anziani di 75 anni ed oltre. Anche per questo tipo di assistenza, come per la riabilitazione, emergono notevoli differenze geografiche. I tassi di ospedalizzazione mostrano una modesta attività di lungodegenza in Valle d'Aosta (0,33 per 1.000), in Liguria (0,46 per 1.000) ed in Umbria (1,74 per 1.000), mentre i valori più elevati si osservano in Emilia-Romagna (44,73 per 1.000), PA di Bolzano (34,16 per 1.000) e PA di Trento (27,46 per 1.000).

Tabella 1 - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di ricovero ordinario per acuti, per regione - Anno 2007

Regioni	Classi di età					Totale
	0-14	15-24	25-64	65-74	75+	
Piemonte	77,5	50,1	80,5	168,8	250,3	106,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	68,7	67,1	103,7	227,4	328,2	131,0
Lombardia	95,5	63,4	99,8	216,2	317,7	128,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>93,0</i>	<i>75,9</i>	<i>105,0</i>	<i>255,2</i>	<i>453,9</i>	<i>141,2</i>
<i>Trento</i>	<i>57,0</i>	<i>51,0</i>	<i>88,4</i>	<i>198,4</i>	<i>327,0</i>	<i>112,9</i>
Veneto	59,2	51,7	84,6	192,1	328,0	111,5
Friuli-Venezia Giulia	50,5	50,0	87,3	193,4	344,8	121,0
Liguria	82,6	59,4	90,7	183,9	305,1	128,6
Emilia-Romagna	78,3	61,3	93,8	198,4	327,5	127,7
Toscana	61,3	48,6	76,8	171,9	303,8	110,1
Umbria	92,0	59,9	89,6	191,4	301,8	124,0
Marche	80,2	60,7	98,4	207,0	328,2	130,8
Lazio	92,8	65,8	104,6	225,1	337,3	132,7
Abruzzo	110,7	76,0	121,9	263,6	376,2	157,9
Molise	112,3	74,2	131,6	284,9	375,9	166,6
Campania	93,6	81,7	124,9	282,4	352,4	143,4
Puglia	114,9	80,0	129,4	286,8	398,6	158,1
Basilicata	81,7	50,2	95,5	223,9	310,6	122,2
Calabria	93,1	73,0	120,1	268,7	351,4	144,9
Sicilia	108,4	69,3	108,4	250,5	329,0	136,2
Sardegna	98,8	70,3	109,0	236,1	370,8	137,7
Italia	89,0	65,8	101,6	220,5	328,0	130,2

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Grafico 1 - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di ricovero ordinario per acuti, per regione - Anno 2007

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Tabella 2 - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di ricovero ordinario per riabilitazione, per regione - Anno 2007

Regioni	Classi di età			
	0-44	45-64	65-74	75+
Piemonte	1,02	5,72	18,38	24,48
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,65	3,92	12,16	8,25
Lombardia	1,51	7,58	24,43	39,48
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,49</i>	<i>4,22</i>	<i>15,69</i>	<i>31,20</i>
Trento	1,22	8,69	27,04	32,01
Veneto	0,68	4,04	15,02	19,61
Friuli-Venezia Giulia	0,80	2,78	6,90	7,38
Liguria	0,99	5,73	16,56	21,40
Emilia-Romagna	0,56	2,71	8,25	8,49
Toscana	0,65	2,33	7,45	10,64
Umbria	0,82	3,53	8,73	7,89
Marche	0,67	2,53	7,57	8,54
Lazio	0,84	4,37	15,06	28,22
Abruzzo	1,46	6,84	21,21	26,44
Molise	1,00	6,76	19,55	21,64
Campania	0,50	2,85	9,43	12,09
Puglia	0,95	4,57	14,97	17,09
Basilicata	0,71	3,57	10,50	10,99
Calabria	0,84	3,75	10,97	12,29
Sicilia	0,80	2,66	7,47	7,35
Sardegna	0,46	0,90	2,43	2,73
Italia	0,89	4,38	14,13	19,34

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di ricovero ordinario per riabilitazione per la classe 75 anni ed oltre, per regione. Anno 2007

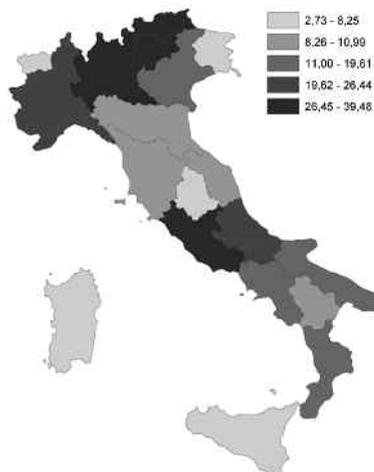
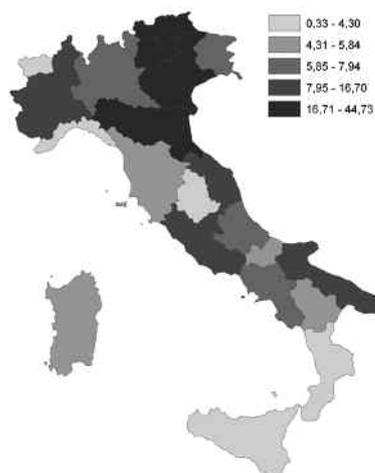


Tabella 3 - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di ricovero ordinario per lungodegenza, per regione - Anno 2007

Regioni	Classi di età		
	0-64	65-74	75+
Piemonte	0,29	3,62	14,44
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,01	0,07	0,33
Lombardia	0,11	1,65	7,28
<i>Bolzano- Bozen</i>	<i>0,67</i>	<i>7,45</i>	<i>34,16</i>
<i>Trento</i>	<i>0,53</i>	<i>6,25</i>	<i>27,46</i>
Veneto	0,30	4,37	18,70
Friuli-Venezia Giulia	0,13	1,81	7,94
Liguria	0,02	0,15	0,46
Emilia-Romagna	0,86	10,92	44,73
Toscana	0,09	0,77	5,08
Umbria	0,09	0,56	1,74
Marche	0,71	4,42	16,70
Lazio	0,10	1,41	8,59
Abruzzo	0,21	1,71	7,37
Molise	0,22	1,11	4,77
Campania	1,07	3,34	7,77
Puglia	0,31	3,65	12,88
Basilicata	0,22	2,09	5,57
Calabria	0,58	2,42	4,30
Sicilia	0,15	1,58	4,29
Sardegna	0,13	1,42	5,84
Italia	0,35	3,02	12,19

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di ricovero ordinario per lungodegenza per la classe 75 anni ed oltre, per regione. Anno 2007

Raccomandazioni di Osservasalute

La lettura congiunta degli indicatori esaminati evidenzia maggiori e più specifici bisogni assistenziali nelle fasce di età estreme, nonché una discreta variabilità regionale nell'accesso ad alcune forme di assistenza quali la riabilitazione e la lungodegenza. Questo induce a porre un'adeguata attenzione nella

pianificazione dell'offerta sanitaria, al fine di migliorare la capacità di risposta del sistema ai bisogni di salute della popolazione e a rendere più appropriato l'utilizzo dell'ospedale per le patologie acute e più efficace l'integrazione ospedale-territorio, a garanzia dell'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

Ricoveri e accessi in Day Hospital, Day Surgery e “One Day Surgery”

Significato. Gli indicatori proposti si riferiscono all’attività di ricovero svolta nelle discipline per acuti in regime assistenziale diurno (Day Hospital - DH e Day Surgery - DS). Essi sono rappresentati dal numero di ricoveri e di accessi ai servizi ospedalieri diurni, numero medio di accessi per ricovero, ovvero durata media delle prestazioni erogate per cicli terapeutici diurni e percentuale dei ricoveri di DS sul totale delle dimissioni in modalità diurna. A tali indicatori si aggiunge un ulteriore indicatore rappresentato dalla percentuale di ricoveri in “One Day Surgery”, rispet-

to al totale delle dimissioni con DRG chirurgico in degenza ordinaria. La modalità di ricovero in “One Day Surgery” consiste, infatti, in un ricovero per intervento chirurgico con breve degenza, non superiore alla durata di un giorno.

Gli indicatori forniscono misure di appropriatezza dell’utilizzo della struttura ospedaliera per acuti evidenziando la prevalenza dei casi medici su quelli chirurgici in ricovero diurno e l’erogazione di prestazioni ospedaliere in “One Day Surgery”.

Numero medio di accessi in Day Hospital e Day Surgery

Numeratore Accessi totali in regime di Day Hospital o Day Surgery

Denominatore Dimissioni totali in Day Hospital o Day Surgery

Percentuale di ricoveri in Day Surgery

Numeratore Ricoveri totali con DRG chirurgico in regime di Day Surgery

Denominatore Dimissioni totali in Day Hospital o Day Surgery

Percentuale di ricoveri in “One Day Surgery”

Numeratore Ricoveri totali con DRG chirurgico e giornate di degenza di 0-1 giorno in regime ordinario

Denominatore Dimissioni totali in regime ordinario con DRG chirurgico

Validità e limiti. Nel calcolo del numero medio di accessi sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti in regime di DH e DS, effettuati presso tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale nell’anno 2007.

Per la selezione dei ricoveri in DS, ossia il secondo indicatore, si utilizza la classificazione DRG XIX, versione con la specifica di DRG chirurgico.

Occorre cautela nella lettura dei dati a causa della diversa modalità di registrazione dei ricoveri in DH da parte delle regioni. In alcuni casi le regole regionali di dimissione seguono correttamente le indicazioni fornite a livello nazionale, cioè a completamento di un ciclo programmato di accessi, mentre in altri casi si effettua una dimissione amministrativa forzata, ad esempio trimestrale o mensile. Ciò determina, in questi ultimi casi, un incremento fittizio del numero di ricoveri.

Nel calcolo della percentuale di ricoveri in “One Day Surgery” sul totale dei ricoveri chirurgici in regime di ricovero ordinario (RO) per la selezione dei ricoveri in “One Day Surgery”, si utilizza la classificazione DRG XIX, versione con la specifica di DRG chirurgico

co e la durata della degenza di 0-1 giorno.

Per una migliore comprensione delle diciture riportate nelle tabelle, con DH si intendono le dimissioni per acuti con DRG medico o non classificato, mentre con DS le dimissioni con DRG chirurgico. Nello specifico la “One Day Surgery” riguarda i casi di dimissione in RO con durata della degenza di 0-1 giorno con DRG chirurgico.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi specifici. Si può ipotizzare come standard il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Il numero medio di accessi è pari, a livello nazionale, a 3,66 accessi per ricovero medico e a 1,58 accessi per ricovero chirurgico. La distribuzione regionale evidenzia una maggiore variabilità per le attività mediche passando da 8 accessi medi dell’Emilia-Romagna a 2,36 della Puglia.

Su tale variabilità incidono le patologie trattate, ma sicuramente anche l’utilizzo di modalità amministrative diversificate. Infatti, è rilevabile una correlazione inversa tra il numero medio di accessi e la nume-

rosità dei ricoveri in DH, ad esempio in Emilia-Romagna ci sono 8,02 accessi medi a fronte di 87.727 dimessi, in Lombardia 3,07 accessi a fronte di 249.182 dimessi ed in Campania 2,85 accessi a fronte di 285.063 dimessi.

Non si dimentichi l'utilizzo, spesso improprio, della modalità assistenziale di DH per attività che afferiscono maggiormente all'ambito ambulatoriale. Ciò è tanto più vero nel caso di DH di tipo diagnostico e non terapeutico.

La percentuale di ricoveri in DS sul totale dei ricoveri diurni, in aumento rispetto agli anni passati, si attesta, nel 2007, a 44,90%. La variabilità regionale è

particolarmente significativa e denota un utilizzo differente dei regimi assistenziali ospedalieri. Ad eccezione di Liguria e Lazio, i valori sono decisamente più elevati nelle regioni del Centro-Nord, mentre nelle regioni meridionali, ed in particolar modo in Calabria e Campania, l'attività di DS è tra le più contenute.

Anche le dimissioni in "One Day Surgery", che a livello nazionale rappresenta il 15,85% delle dimissioni in RO, presentano una elevata variabilità a livello territoriale. Si passa dal circa 5% della Toscana e Sicilia a circa il 29% delle Marche.

Tabella 1 - Ricoveri e numero medio di accessi in Day Hospital e Day Surgery per regione - Anno 2007

Regioni	Day Hospital			Day Surgery		
	Dimessi	Accessi	Numero medio accessi	Dimessi	Accessi	Numero medio accessi
Piemonte	94.497	395.705	4,19	185.871	227.820	1,23
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2.971	17.748	5,97	3.324	3.620	1,09
Lombardia	249.182	764.863	3,07	199.034	210.856	1,06
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>10.799</i>	<i>36.377</i>	<i>3,37</i>	<i>15.068</i>	<i>16.806</i>	<i>1,12</i>
<i>Trento</i>	<i>7.220</i>	<i>36.594</i>	<i>5,07</i>	<i>18.824</i>	<i>22.840</i>	<i>1,21</i>
Veneto	81.324	359.723	4,42	139.644	236.624	1,69
Friuli-Venezia Giulia	20.400	119.868	5,88	27.016	48.672	1,80
Liguria	94.889	369.648	3,90	54.279	110.562	2,04
Emilia-Romagna	87.727	703.893	8,02	110.769	169.323	1,53
Toscana	89.349	442.118	4,95	114.281	136.272	1,19
Umbria	22.953	88.713	3,86	31.609	42.979	1,36
Marche	25.572	125.785	4,92	49.656	50.512	1,02
Lazio	258.650	905.188	3,50	113.582	294.781	2,60
Abruzzo	36.124	153.251	4,24	40.778	62.007	1,52
Molise	12.229	40.395	3,30	9.695	14.340	1,48
Campania	285.063	813.056	2,85	128.981	317.719	2,46
Puglia	114.614	271.021	2,36	86.071	136.747	1,59
Basilicata	25.174	76.463	3,04	16.140	35.794	2,22
Calabria	82.205	266.259	3,24	34.242	58.225	1,70
Sicilia	312.669	1.033.905	3,31	180.321	291.049	1,61
Sardegna	50.984	166.962	3,27	41.544	46.913	1,13
Italia	1.964.595	7.187.535	3,66	1.600.729	2.534.461	1,58

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009.

Tabella 2 - Percentuale di ricoveri in Day Surgery ed in "One Day Surgery" per regione - Anno 2007

Regioni	Day Surgery	One Day Surgery
Piemonte	66,30	13,73
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	52,80	15,67
Lombardia	44,41	24,91
<i>Bolzano-Bozen</i>	58,25	6,75
<i>Trento</i>	72,28	7,63
Veneto	63,20	14,65
Friuli-Venezia Giulia	56,98	26,48
Liguria	36,39	7,19
Emilia-Romagna	55,80	24,68
Toscana	56,12	5,05
Umbria	57,93	13,04
Marche	66,01	28,72
Lazio	30,51	8,09
Abruzzo	53,03	12,26
Molise	44,22	6,83
Campania	31,15	10,55
Puglia	42,89	17,62
Basilicata	39,07	9,66
Calabria	29,41	20,89
Sicilia	36,58	5,10
Sardegna	44,90	11,20
Italia	44,90	15,85

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

I recenti piani sanitari, nazionali e regionali, propongono una revisione della rete ospedaliera esistente ponendo, quale obiettivo prioritario, un riequilibrio tra i livelli di assistenza sanitaria. A tal fine, è auspicata una riallocazione delle risorse (dalla cura alla prevenzione, dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale); un incremento del ricovero diurno; l'introduzione di interventi riabilitativi e di lungodegenza in ambito residenziale e domiciliare; una programmazione sanitaria volta all'abbattimento dei tempi di attesa e l'adozione di sistemi di valutazione circa l'appropriatezza della modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

La riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri, anche se risulta già avviata da alcuni anni, in particolare a seguito del DPCM del 29 novembre 2001 di definizione dei livelli di assistenza, è ancora piuttosto contenuta. I provvedimenti emanati nel 2001 per la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri, hanno determinato un trasferimento di alcune prestazioni sanitarie in DH/DS con la conseguente contrazione del numero di ricoveri in degenza ordinaria.

Contemporaneamente, però, si è anche verificato un incremento, in alcuni casi significativo, della domanda per cui è necessario monitorare nel tempo il processo di ospedalizzazione, al fine di produrre misure correttive adeguate per la razionalizzazione della rete ospedaliera ed un'efficace integrazione della stessa con i servizi sanitari territoriali.

Ospedalizzazione per DRG medici e chirurgici

Significato. L'indicatore è elaborato in funzione del tipo di DRG generato dal ricovero: i tassi di dimissione (TD) per DRG medico e chirurgico sono messi a confronto per valutarne il contributo fornito da ciascuna componente al TD complessivo nell'ambito di ogni regione. Le differenze regionali sono state analizzate, inoltre, anche in funzione delle modalità di ricovero prevalentemente utilizzate (degenza ordinaria ovvero diurna).

La variabilità regionale del TD generale si riflette, naturalmente, anche sui TD per DRG medici (TD Med) e chirurgici (TD Ch). La variabilità geografica fornisce una rappresentazione abbastanza efficace delle politiche attuate dalle diverse regioni in termini di dimensione dell'offerta ospedaliera, di contrasto dei ricoveri inappropriati, di organizzazione dei servizi di Pronto Soccorso e di diagnosi strumentale, di decentramento dell'assistenza verso *setting* assistenziali extradegenza o verso i servizi distrettuali.

Tasso di dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici*

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

Dimissioni per DRG medici e chirurgici
Popolazione media residente

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

Validità e limiti. L'indicatore esprime la massima significatività riguardo alla domanda soddisfatta e, quindi, al bisogno e alle caratteristiche epidemiologiche di una certa popolazione quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina e a popolazioni confrontabili. Quando si confrontano dati relativi al complesso della casistica trattata in un determinato contesto geografico, deve essere posta la massima attenzione alla possibile variabilità determinata da differenze demografiche ed epidemiologiche esistenti nelle diverse realtà. Per evitare di sottovalutare tali aspetti ed attenuare almeno in parte il fattore di confondimento dovuto alla diversa composizione per età della popolazione, i TD sono stati standardizzati per età con riferimento alla popolazione media residente in Italia nel 2001. Inoltre, qualche cautela, va prestata nei confronti regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime di Day Hospital (DH) medico in quanto alcune regioni hanno adottato proprie modalità di registrazione dei cicli e degli accessi effettuati in regime diurno. Per i DRG chirurgici occorre tenere conto del fatto che, alcune regioni, soprattutto del Centro e del Nord, hanno attivato percorsi ambulatoriali extradegenza per l'esecuzione di interventi chirurgici di bassa complessità e con alta incidenza (ad esempio decompressione tunnel carpale, interventi sul cristallino, etc.).

Le differenze del TD dei DRG medici sono in massima parte spiegabili dalle variabili legate alla struttura dell'offerta e alle politiche organizzative di governo della domanda.

Il TD dei DRG chirurgici è certamente correlato alla dimensione dell'offerta, ma a tale riguardo è importante considerare anche altri fattori che determinano le caratteristiche del servizio reso in termini di accesso ed erogazione delle prestazioni chirurgiche, in particolare, quando si evidenziano situazioni di sovra o sotto utilizzo delle stesse. Tra questi fattori, l'operato dei medici e la capacità di scelta dei pazienti, rivestono un ruolo di rilievo. È noto, infatti, che le indicazioni all'intervento chirurgico non sono sempre definite univocamente dalle società scientifiche e/o non univocamente recepite dai professionisti e che l'asimmetria informativa tra medico e paziente non sempre consente a quest'ultimo di valutare adeguatamente l'appropriatezza del percorso assistenziale proposto.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per i tassi di ospedalizzazione dei ricoveri di tipo medico o chirurgico. Il confronto dei tassi regionali con il valore medio nazionale consente di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero per le due tipologie considerate. È opportuno, peraltro, precisare che, per i ricoveri di tipo medico, i TD più bassi possono fornire una misura abbastanza significativa delle reali possibilità di contenere l'ospedalizzazione e contrastare l'inappropriatezza dei ricoveri. Al contrario, per i DRG chirurgici, gli scostamenti dalla media nazionale, sia in senso positivo che negativo, consentono solo una descrizione del fenomeno e, in assenza di ulteriori e più approfondite indagini, non permettono di trarre conclusioni certe riguardo all'appropriatezza dell'offerta e al governo della domanda.

Descrizione dei risultati

Dalle Tabelle 1 e 2 si evidenzia il contributo dei TD standardizzati per DRG medici e chirurgici, rispettivamente pari a 111,4 e 74,3 per 1.000 abitanti, alla composizione del TD complessivo nel 2007 (185,7 per 1.000). I DRG medici rappresentano il 60% di tutti i ricoveri ed i DRG chirurgici il restante 40%. Tali proporzioni sono abbastanza rispettate anche analizz-

zando i dati per regime di ricovero (ordinario e diurno). In questo caso, rispetto al dato generale, si rileva un leggero incremento dei ricoveri medici in regime ordinario (62,2%) ed un decremento più evidente degli stessi in regime diurno (55,3%). Il confronto dei dati regionali viene descritto separatamente per i TD dei DRG medici e chirurgici.

TD DRG medici

La Tabella 1 ed il Grafico 1 illustrano l'elevata variabilità regionale del TD standardizzato per i DRG medici.

La differenza tra il valore minimo e il valore massimo rilevato è pari a 78,9 ricoveri per 1.000 abitanti. Essa è determinata dal valore del Friuli-Venezia Giulia (77,3 per 1.000) e da quello della Sicilia (156,2 per 1.000), rispetto al valore medio nazionale pari a 111,4 per 1.000 abitanti.

La variabilità maggiore si rileva nella tipologia di ricovero in DH, con TD standardizzati che variano da 14,4 per 1.000 in Friuli-Venezia Giulia a 63,5 per 1.000 in Sicilia, contro un valore medio nazionale pari a 32,5 ricoveri medici in DH per 1.000 abitanti.

Il *range* del TD standardizzato in regime ordinario è più contenuto e presenta valori che oscillano tra il minimo di 57,4 per 1.000 del Piemonte ed il massimo di 106,0 per 1.000 del Molise, contro un dato nazionale pari a 78,9 per 1.000.

L'analisi dei dati dimostra un evidente gradiente geografico dei TD Med standardizzati, sia per il ricovero ordinario che per il DH, con valori molto più elevati nelle regioni meridionali ed insulari del Paese e minori nelle regioni centro-settentrionali, con qualche eccezione. In particolare, la Liguria, la Provincia Autonoma di Bolzano, il Lazio e tutte le regioni del Sud (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna) presentano un tasso di ospedalizzazione complessivo sensibilmente superiore alla media nazionale. Per buona parte di queste regioni il risultato è determinato da un eccesso di ricoveri sia in regime ordinario che diurno. La Liguria e la Basilicata presentano un TD standardizzato superiore alla media solo nel regime diurno. La Puglia, la PA di Bolzano, l'Abruzzo e la Sardegna, al contrario, presentano un TD standardizzato elevato solo in regime

ordinario ed un utilizzo del DH contenuto.

La maggioranza delle regioni settentrionali presenta TD e proporzioni di ricovero in DH molto bassi, segno evidente del trasferimento delle attività diagnostiche ed assistenziali di minore complessità verso forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero.

TD DRG chirurgici

La Tabella 2 ed il Grafico 2 mostrano la distribuzione regionale del TD standardizzato per i DRG chirurgici. Rispetto ai DRG medici la variabilità regionale del TD è sensibilmente inferiore e distribuita in maniera abbastanza omogenea tra ricoveri in regime ordinario e in Day Surgery (DS). Il *range* del TD generale oscilla tra il 64,4 per 1.000 della Toscana e l'84,9 della Valle d'Aosta, con un valore medio nazionale di 74,3 ricoveri per 1.000 abitanti. Si rileva un leggero gradiente geografico con TD generalmente più alti nelle regioni del Centro e del Nord, specie per la quota di attività effettuata in DS che per il 2007 risulta pari al 35,4% di tutti i ricoveri chirurgici. Quattro regioni (Abruzzo, Sicilia, Valle d'Aosta e Marche), che adottano differenti modelli di organizzazione dei servizi e dispongono, tuttavia, di un elevato dimensionamento dell'offerta, presentano i TD standardizzati più alti, superiori a 80 ricoveri chirurgici per 1.000 abitanti, mentre altre sei regioni hanno TD superiori alla media nazionale (Piemonte, PA di Trento, PA di Bolzano, Liguria, Molise, Campania e Puglia). Cinque regioni (Toscana, Sardegna, Friuli-Venezia Giulia, Basilicata e Calabria) mostrano TD inferiori alla soglia dei 70 ricoveri per 1.000 abitanti.

Il *range* dei TD Ch in regime ordinario varia tra il valore minimo della Toscana (36,0 per 1.000) ed il massimo della Puglia (56,8 per 1.000), con un valore medio nazionale pari a 48,0 per 1.000. Per i ricoveri in DS la media nazionale è pari a 26,3 per 1.000, con valori massimi in Piemonte e PA di Trento (TD maggiore di 37) e punta minima in Lombardia (19,5 per 1.000). Per una corretta interpretazione dei dati presentati si rammenta che diverse regioni, particolarmente del Centro e del Nord, hanno previsto il trasferimento in regime ambulatoriale di alcuni interventi chirurgici di bassa complessità.

Tabella 1 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici, per regione e regime di ricovero - Anno 2007

Regioni	Regime Ordinario	Day Hospital	Totale
Piemonte	57,4	21,2	78,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	71,4	26,2	97,6
Lombardia	71,3	24,0	95,3
Bolzano-Bozen	97,6	21,1	118,7
Trento	70,4	16,4	86,8
Veneto	65,9	16,2	82,1
Friuli-Venezia Giulia	62,9	14,4	77,3
Liguria	71,6	51,1	122,7
Emilia-Romagna	68,5	18,8	87,2
Toscana	64,0	21,7	85,7
Umbria	74,5	26,1	100,6
Marche	69,5	17,2	86,7
Lazio	81,5	43,3	124,8
Abruzzo	96,7	29,0	125,7
Molise	106,0	39,5	145,5
Campania	100,2	52,7	152,9
Puglia	103,4	30,4	133,8
Basilicata	76,8	44,3	121,1
Calabria	98,0	47,0	145,0
Sicilia	92,7	63,5	156,2
Sardegna	94,0	31,8	125,8
Italia	78,9	32,5	111,4

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici, per regione. Anno 2007

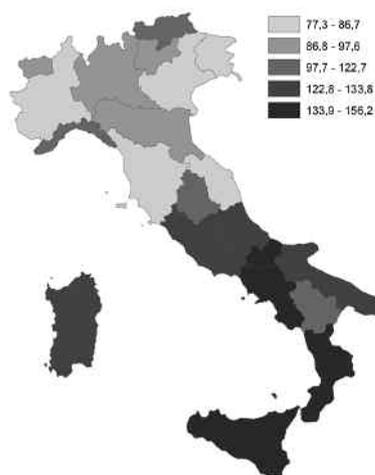
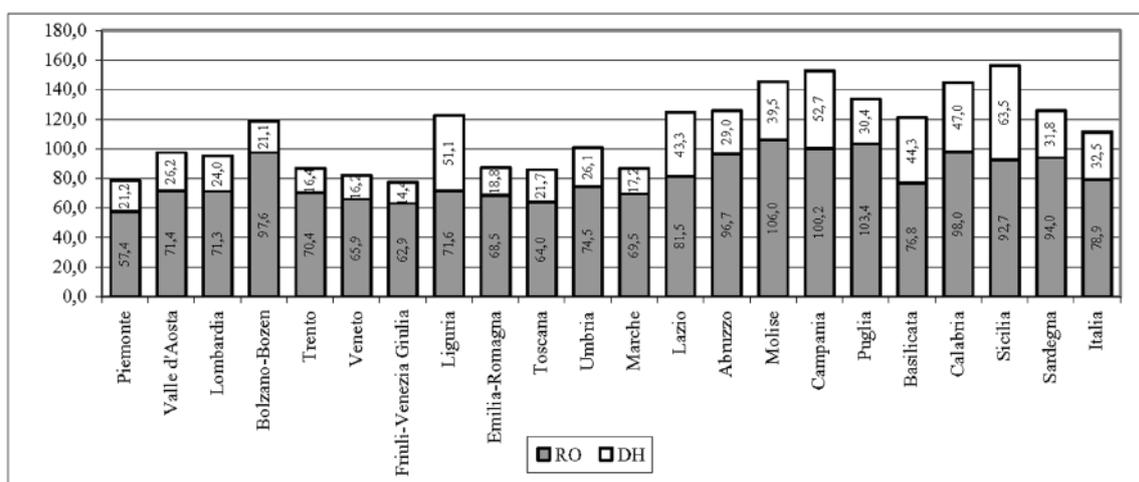


Grafico 1 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici, per regione e regime di ricovero - Anno 2007



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Tabella 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG chirurgici, per regione e regime di ricovero - Anno 2007

Regioni	Regime Ordinario	Day Hospital	Totale
Piemonte	42,5	38,8	81,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	54,9	29,9	84,9
Lombardia	54,1	19,5	73,6
Bolzano-Bozen	47,7	30,2	77,9
Trento	40,8	38,0	78,8
Veneto	42,9	27,9	70,8
Friuli-Venezia Giulia	47,0	21,1	68,1
Liguria	41,7	34,7	76,4
Emilia-Romagna	49,8	23,0	72,8
Toscana	36,0	28,4	64,4
Umbria	40,2	30,8	71,0
Marche	52,4	28,7	81,1
Lazio	48,9	21,3	70,2
Abruzzo	54,1	29,1	83,2
Molise	52,3	22,9	75,2
Campania	51,0	24,0	75,0
Puglia	56,8	23,0	79,8
Basilicata	43,0	26,9	69,9
Calabria	47,6	20,1	67,7
Sicilia	44,3	36,8	81,1
Sardegna	43,9	25,3	69,2
Italia	48,0	26,3	74,3

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG chirurgici, per regione. Anno 2007

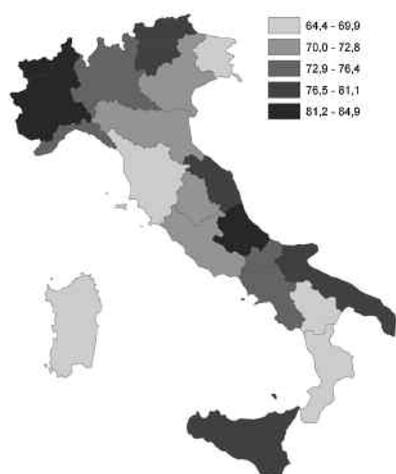
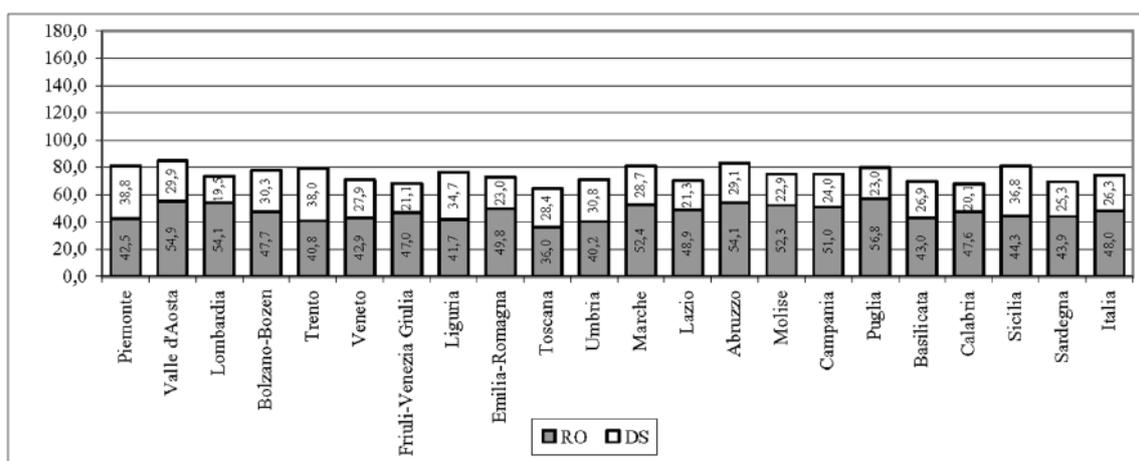


Grafico 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG chirurgici, per regione e regime di ricovero - Anno 2007



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

La scomposizione del tasso di ospedalizzazione in DRG medici e chirurgici consente di analizzare ed interpretare in modo più accurato l'andamento dell'indicatore complessivo nelle diverse realtà regionali e di valutare l'efficacia delle azioni messe in campo per contrastare il fenomeno dell'inappropriatezza dei ricoveri e per assicurare un utilizzo razionale ed efficiente dei diversi *setting* assistenziali oggi disponibili.

Per allineare il TD dei ricoveri medici a quello delle regioni che presentano le migliori *performance* occorre adottare misure correttive adeguate per razionalizzare la rete ospedaliera, finalizzando le azioni all'uso

appropriato dell'ospedale per le patologie acute, ad una più efficace integrazione ospedale-territorio e allo sviluppo dei servizi assistenziali distrettuali.

L'eccesso di ospedalizzazione per il DH di tipo medico, deve essere contrastato attraverso il potenziamento della rete diagnostica ambulatoriale ed un più diffuso utilizzo dei DS, ossia di *setting* ambulatoriali ospedalieri in grado di erogare in tempi ravvicinati pacchetti di prestazioni, soprattutto diagnostiche, anche di elevata complessità.

Per quanto riguarda i DRG chirurgici è necessario individuare, anche attraverso interventi normativi e Linee Guida, i *setting* assistenziali più appropriati,

con l'obiettivo di trasferire verso il regime di DS un'ulteriore quota di attività ancora effettuata in ricovero ordinario, ma anche per gestire in regime ambulatoriale extradegenza gli interventi chirurgici a basso rischio e bassa complessità. Al fine di garantire equità di accesso e sicurezza delle prestazioni erogate, occorrerebbe anche chiedersi se il presunto eccesso o difetto di ospedalizzazione rilevato in alcune regioni per le attività chirurgiche, sia da attribuire a differenze epidemiologiche (diversa incidenza delle patolo-

gie) e organizzative (trasferimento degli interventi meno complessi in regime extradegenza), ovvero ad un sotto o sovra dimensionamento dell'offerta in grado, rispettivamente, di limitare o amplificare le possibilità di accesso alle prestazioni (domanda soddisfatta).

L'analisi condotta non consente di proporre evidenze o trarre conclusioni a tale proposito e, quindi, sarebbe auspicabile ed utile ampliare e raffinare il campo di indagine con studi *ad hoc* in grado di fornire ulteriori elementi di conoscenza al riguardo.

Degenza media

Significato. Un indicatore sintetico di efficienza ospedaliera, calcolabile per i ricoveri effettuati in regime ordinario, è rappresentato dalla degenza media, ovvero dalla durata media della degenza ospedaliera espressa in giorni. Questo indicatore, oltre a fornire una misura dell'efficienza operativa ed organizzativa ospedaliera, è fortemente influenzato dalla complessità di tipo sanitario-assistenziale dei casi trattati. Per approfondire l'analisi della degenza media si è proceduto alla standardizzazione di questo dato rispetto al *case mix*. La degenza media regionale standardizzata per *case mix* rappresenta il valore teorico-atteeso che si osserverebbe della degenza

media, se ogni regione presentasse una casistica di ricoveri ospedalieri della medesima complessità di quella dello standard di riferimento. Tale standard di riferimento è la composizione per DRG dei dimessi dell'intera casistica nazionale.

In altre parole, è una degenza media “non reale” o “attesa”: una diminuzione di tale valore, a seguito della standardizzazione, significa che la regione ha una casistica ospedaliera di complessità maggiore rispetto a quella nazionale; al contrario, un aumento della degenza media standardizzata indica la presenza di una casistica con minore complessità.

Degenza media*

Numeratore Giornate di degenza erogate in regime ordinario

Denominatore Dimissioni totali in regime ordinario

*La formula della standardizzazione per *case mix* è riportata nel capitolo “Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati”.

Validità e limiti. Nel calcolo della degenza media sono stati esclusi i ricoveri dei neonati sani e sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti, in regime di degenza ordinaria, effettuati da tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale.

La lettura della degenza media grezza e standardizzata non è sufficiente a descrivere l'efficienza ospedaliera.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi aggiornati sulla degenza media. Si è osservato, nel tempo, una progressiva tendenza alla riduzione della durata della degenza ospedaliera, sia per effetto dell'introduzione del finanziamento prospettico delle prestazioni ospedaliere, sia per le politiche sanitarie in materia di appropriatezza.

Descrizione dei risultati

La degenza media grezza, nel 2007, si assesta a livello nazionale a 6,7 giorni. Un'analisi temporale della degenza media evidenzia che, nel periodo 2002-2007, essa è rimasta sostanzialmente stabile (Grafico 1);

considerando che è aumentata, nel tempo, la complessità della casistica trattata, in termini di peso medio dei ricoveri classificati con il sistema DRG, si osserva un chiaro miglioramento nell'utilizzo più efficiente dell'ospedale.

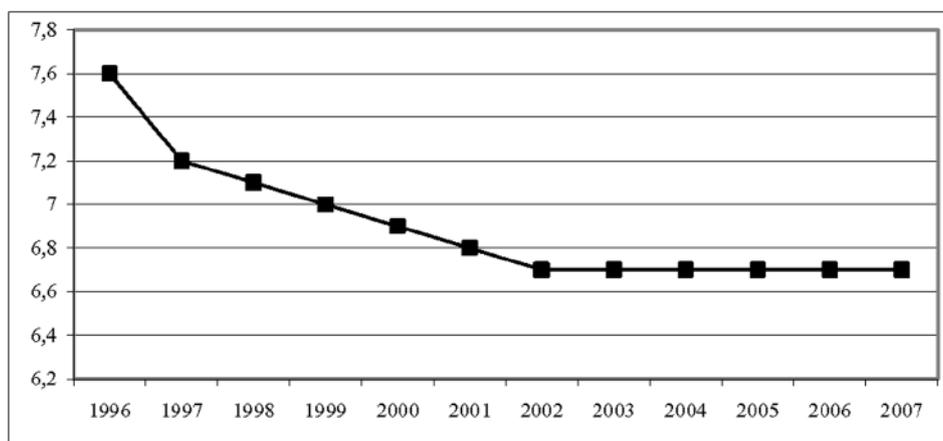
La degenza media standardizzata per *case mix* varia tra il valore minimo di 6,2 della Sicilia al valore massimo di 7,7 del Veneto.

La distribuzione dei valori regionali evidenzia un gradiente Nord-Sud, con la tendenza per la maggior parte delle regioni del Nord alla diminuzione, rispetto alla degenza media, dei valori assunti dalla degenza media standardizzata per *case mix*, indicativi di una maggiore efficienza operativa a parità di casistica trattata; nelle regioni del Sud, invece, incluso il Lazio, si osserva una tendenza all'aumento della degenza media standardizzata per *case mix*, che mette in evidenza una minore efficienza operativa, in termini di consumo di giornate di degenza, per il trattamento e la cura di una casistica con la stessa composizione per DRG di quella nazionale.

Tabella 1 - Degenza media (grezza e standardizzata per case mix) per regione - Anni 2005-2007

Regioni	2005		2006		2007	
	Grezza	Std	Grezza	Std	Grezza	Std
Piemonte	8,1	7,5	8,1	7,5	8,1	7,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,4	7,6	8,5	7,6	8,1	7,4
Lombardia	6,5	6,6	6,5	6,6	6,6	6,8
Bolzano- Bozen	6,8	7,1	6,7	7,0	6,6	7,0
Trento	7,7	7,4	7,8	7,5	7,9	7,6
Veneto	7,9	7,4	7,9	7,6	8,0	7,7
Friuli-Venezia Giulia	7,4	7,0	7,5	7,1	7,4	7,1
Liguria	7,8	6,9	7,8	6,9	7,8	6,9
Emilia-Romagna	6,6	6,3	6,6	6,3	6,6	6,4
Toscana	7,5	6,8	7,4	6,8	7,3	6,7
Umbria	6,3	6,2	6,3	6,2	6,4	6,3
Marche	6,9	6,8	6,9	6,8	6,9	6,8
Lazio	7,6	7,8	7,5	7,7	7,3	7,5
Abruzzo	6,0	6,6	5,8	6,4	6,2	6,5
Molise	7,1	7,5	7,0	7,3	6,9	7,2
Campania	5,4	6,2	5,4	6,2	5,4	6,3
Puglia	6,2	6,7	6,2	6,6	6,2	6,7
Basilicata	6,8	6,9	6,7	6,7	6,9	6,8
Calabria	6,3	6,9	6,2	6,8	6,3	6,9
Sicilia	5,8	6,1	5,9	6,2	6,0	6,2
Sardegna	6,7	7,4	6,7	7,3	6,8	7,3
Italia	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Grafico 1 - Degenza media per acuti - Anni 1996-2007

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

Oltre alla valutazione del *case mix*, di per sé importante per una valutazione non distorta delle informazioni relative alla degenza in ospedale, è importante valutare allo stesso tempo le capacità organizzative delle strutture di ricovero in relazione alla disponibilità ed accessibilità dei servizi.

In ogni caso, le analisi temporali di questo indicatore, rilevano che vi sono ancora margini di miglioramento

in termini di riduzione della degenza media ospedaliera, soprattutto se linkate alle informazioni dell'indicatore che analizza la degenza media per tipologia di ricovero e per età da cui si desume la necessità di collocare le cure di lungodegenza e di riabilitazione nella sfera di erogazione dell'assistenza territoriale, per poterle gestire in modo diverso e separato dalle attività di ricovero per acuti.

Degenza Media PreOperatoria per le procedure chirurgiche

Significato. L'indicatore illustra il tempo medio trascorso in ospedale in ricovero ordinario prima di eseguire un intervento chirurgico, il più delle volte per effettuare accertamenti diagnostici o altre attività terapeutiche ed assistenziali propedeutiche all'intervento stesso (Degenza Media PreOperatoria - DMPO).

Nella grande maggioranza dei ricoveri programmati tali attività possono e, dovrebbero essere effettuate, nel periodo pre-ricovero attraverso la rete ambulatoriale, il Day Service o il Day Hospital. Per i ricoveri in urgenza da Pronto Soccorso è quasi sempre possibile snellire l'iter clinico ed assistenziale in degenza attraverso l'adozione di adeguati modelli organizzati-

vi (percorsi diagnostici preferenziali, sale e/o sedute operatorie dedicate). Il dato della DMPO può essere, pertanto, assunto come indicatore *proxy* della capacità di una struttura e di un determinato contesto organizzativo di assicurare una efficiente gestione del percorso preoperatorio in elezione e di pianificare con efficacia l'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica. Una elevata DMPO denota, generalmente, difficoltà di accesso ai servizi diagnostici ospedalieri o extraospedalieri alternativi al tradizionale ricovero che si traduce in un uso potenzialmente inappropriato dei posti letto e delle risorse umane e materiali riservate alla degenza ordinaria.

Degenza Media PreOperatoria per ricoveri ordinari*

Numeratore Giornate di degenza preoperatoria per DRG chirurgici

Denominatore Dimissioni con DRG chirurgici

*La formula della standardizzazione per *case mix* è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. L'indicatore esprime la massima significatività quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina chirurgica. Quando si confrontano dati di diversi ospedali deve essere posta la massima attenzione alla variabilità determinata dal diverso *case mix* trattato dalle strutture considerate. Per grandi casistiche, riferite come nel nostro caso al complesso degli ospedali di una regione, i *case mix* risultano più omogenei e, di conseguenza, aumenta sensibilmente il livello di confrontabilità. Tuttavia, per rendere quanto più possibile significativo il confronto dei dati rilevati nelle singole regioni, la DMPO degli anni 2005-2007, è stata standardizzata per il *case mix* trattato in ciascuna realtà indagata.

Per la costruzione dell'indicatore sono state considerate tutte le procedure chirurgiche principali eseguite ad eccezione di quelle relative al capitolo 16 "Miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche" della classificazione ICD-9-CM.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore medio nazionale può essere assunto come riferimento per il confronto delle diverse *performance*, mentre i valori più bassi di DMPO rilevati forniscono una misura significativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso assistenziale preoperatorio messe in atto, rispetto a valori di DMPO più elevati.

Descrizione dei risultati

La Tabella 1 mette a confronto i valori di DMPO standardizzati per *case mix* rilevati nel periodo 2005-2007

per regione di ricovero. In generale, la ricerca di efficienza, successiva all'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, ha determinato una forte riduzione della DMPO già negli anni antecedenti a quelli considerati. Nel periodo in esame, la DMPO a livello nazionale, registra una riduzione assai modesta in rapporto ai potenziali margini di miglioramento che sono resi evidenti dalla estrema e costante variabilità dell'indicatore nel confronto tra le diverse regioni. Il *range* dei valori rilevati risulta sempre molto elevato e tende ad essere abbastanza stabile negli anni considerati. Nel 2007, il *range* della DMPO standardizzata è pari a 1,66 giorni (1,16 della Valle d'Aosta contro 2,82 giorni del Lazio). Questi dati illustrano che persistono rilevanti differenze regionali sebbene, tra il 2005 ed il 2007, sia evidente una progressiva, seppur lieve, riduzione della DMPO in circa la metà delle regioni considerate. Le restanti regioni rimangono, sostanzialmente, stabili eccetto Lombardia, PA di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Umbria e Calabria che nel triennio in esame hanno incrementato, seppur di poco, il valore dell'indicatore in esame (Tabella 1 e Grafico 1).

Un dato interessante è che, nel periodo 2005-2007, si rileva una differenza di circa mezza giornata in più di DMPO per gli uomini rispetto alle donne a livello nazionale (Tabella 2).

Analizzando la DMPO grezza e standardizzata per *case mix* relative ai dati del 2007, si può vedere come la standardizzazione modifichi in modo sensibile il confronto tra le diverse realtà regionali (Tabella 3 e Grafico 2). I valori di DMPO migliorano sensibilmen-

te in Valle d'Aosta e in 4 regioni del Centro-Nord (Liguria, Toscana, Umbria e Basilicata), peggiorano in altre 10 regioni, tutte del Centro-Sud ad eccezione del Friuli-Venezia Giulia (Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna) e restano sostanzialmente invariati nelle restanti 6 regioni. L'analisi della DMPO standardizzata per *case mix* dimostra, inoltre, che la standardizzazione peggiora ulteriormente le *performance* delle 9 regioni che già presentano valori di DMPO superiori alla media nazionale (Liguria, Lazio e tutte le regioni

del Sud), con le sole eccezioni della Liguria e della Basilicata.

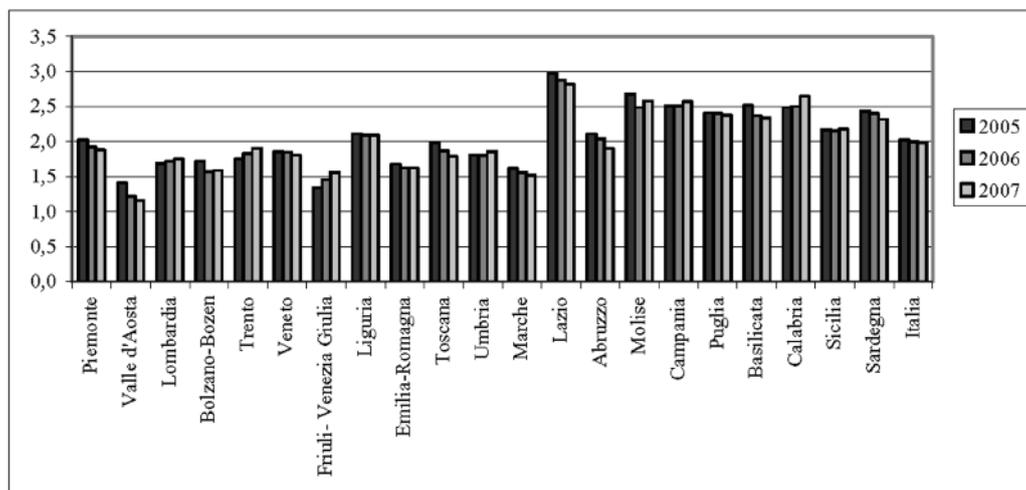
I dati rilevati da una parte confermano l'efficacia delle misure adottate in alcune regioni, in particolare del Nord, per riorganizzare i percorsi assistenziali ospedalieri e, al contempo, per migliorare l'accessibilità ai servizi diagnostici extraospedalieri in funzione dell'appropriatezza d'uso dell'ospedale, dall'altra mettono in evidenza gli effettivi margini di miglioramento per le regioni che non hanno ancora adottato misure in tal senso.

Tabella 1 - DMPO standardizzata per *case mix* in regime di ricovero ordinario per acuti e per tutte le procedure principali eseguite, per regione di ricovero - Anni 2005-2007

Regioni	2005	2006	2007
Piemonte	2,03	1,92	1,88
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,41	1,22	1,16
Lombardia	1,69	1,72	1,75
Bolzano-Bozen	1,72	1,57	1,59
Trento	1,75	1,83	1,90
Veneto	1,86	1,85	1,81
Friuli-Venezia Giulia	1,34	1,46	1,56
Liguria	2,11	2,09	2,09
Emilia-Romagna	1,68	1,63	1,63
Toscana	1,98	1,87	1,79
Umbria	1,81	1,80	1,86
Marche	1,62	1,56	1,52
Lazio	2,97	2,88	2,82
Abruzzo	2,11	2,04	1,90
Molise	2,68	2,49	2,58
Campania	2,51	2,51	2,57
Puglia	2,41	2,40	2,38
Basilicata	2,52	2,37	2,34
Calabria	2,49	2,50	2,65
Sicilia	2,17	2,16	2,18
Sardegna	2,43	2,40	2,32
Italia	2,03	2,00	1,99

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009.

Grafico 1 - DMPO standardizzata per *case mix* in regime di ricovero ordinario per acuti e per tutte le procedure principali per regione di ricovero - Anni 2005-2007



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009.

Tabella 2 - DMPO in regime di ricovero ordinario per acuti e per tutte le procedure principali eseguite, per sesso - Anni 2005-2007

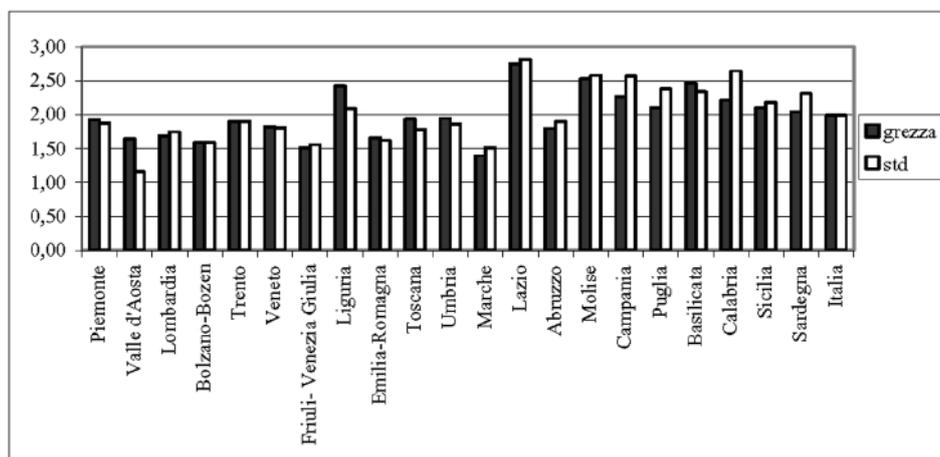
	2005	2006	2007
Maschi	2,29	2,26	2,26
Femmine	1,83	1,80	1,79
Totale	2,03	2,00	1,99

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009.

Tabella 3 - DMPO (grezza e standardizzata per case mix) in regime di ricovero ordinario per acuti e per tutte le procedure principali, per regione di ricovero - Anno 2007

Regioni	Grezza	Std
Piemonte	1,93	1,88
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,65	1,16
Lombardia	1,69	1,75
Bolzano-Bozen	1,59	1,59
Trento	1,91	1,90
Veneto	1,83	1,81
Friuli-Venezia Giulia	1,52	1,56
Liguria	2,42	2,09
Emilia-Romagna	1,67	1,63
Toscana	1,94	1,79
Umbria	1,95	1,86
Marche	1,39	1,52
Lazio	2,75	2,82
Abruzzo	1,80	1,90
Molise	2,53	2,58
Campania	2,26	2,57
Puglia	2,10	2,38
Basilicata	2,46	2,34
Calabria	2,21	2,65
Sicilia	2,10	2,18
Sardegna	2,04	2,32
Italia	1,99	1,99

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009.

Grafico 2 - DMPO (grezza e standardizzata per case mix) in regime di ricovero ordinario per regione di ricovero - Anno 2007

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati di DMPO presentati riguardano sia i ricoveri programmati che quelli urgenti. Un'attenta gestione dei percorsi preoperatori per i ricoveri programmati e l'adozione di Linee Guida per codificare le prassi assistenziali ed organizzative da adottare per i ricoveri effettuati in urgenza, possono evitare, in entrambi i casi, attese ingiustificate e ritardi nell'esecuzione dell'intervento chirurgico e, quindi, migliorare sensibilmente la gestione del percorso assistenziale del paziente, non solo in termini di efficienza, ma anche riguardo il gradimento, l'efficacia, la sicurezza e gli esiti degli interventi stessi. A tale proposito occorre considerare che diversi studi hanno dimostrato un'evidente correlazione tra una elevata DMPO e l'incidenza di infezioni ospedaliere preoperatorie. Si

aggiunga che, se il sistema di rimborso a prestazione e le opportunità offerte dall'evoluzione scientifica e tecnologica hanno favorito la progressiva riduzione della degenza media dei ricoveri chirurgici in degenza ordinaria, sia i clinici che varie organizzazioni di tutela dei pazienti ritengono più utile ed etico che la ricerca dell'efficienza ed il "guadagno" in termini di giornate di degenza risparmiate siano perseguiti soprattutto attraverso l'ottimizzazione dei percorsi preoperatori, piuttosto che con politiche assistenziali volte a favorire la dimissione precoce, a volte intempestiva, dei pazienti operati. Le evidenze rilevate e queste considerazioni dovrebbero spingere tutte le regioni a monitorare con attenzione il fenomeno anche allo scopo di definire soglie massime di DMPO per i più frequenti DRG chirurgici.

Utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inappropriatelyzza

Significato. L'indicatore verifica l'entità di utilizzo del Day Hospital (DH) nella popolazione residente rispetto al ricovero ordinario per i 26 DRG Medici elencati nell'allegato 2C del DPCM 29/11/2001 e definiti "ad alto rischio di inappropriatelyzza" se erogati in regime di degenza ordinaria. L'indicatore consente, pertanto, di monitorare direttamente il raggiungimento dei valori soglia fissati dalle singole regioni rispetto alla percentuale di trasferimento in DH dei DRG in esame, come previsto da specifiche indicazioni contenute in un successivo accordo della Conferenza Stato-Regioni del 1 agosto 2002. In coerenza con le indicazioni dello stesso DPCM, diverse regioni hanno ampliato la gamma dei DRG "potenzialmente inappropriati" che le strutture sanitarie possono trattare in un *setting* assistenziale diverso dal ricovero ordinario con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse. È opportuno sottolineare che la percentuale di riko-

vero in DH analizzata isolatamente, non è espressione di appropriatezza e non consente di valutare compiutamente il fenomeno dei ricoveri medici impropri, poiché è influenzata da due variabili molto importanti: il tasso di dimissioni ospedaliere (TD) ed i volumi di prestazioni alternative effettuate in regime ambulatoriale e di Day Service.

In assenza di dati attendibili ed uniformi sul territorio italiano sull'attività ambulatoriale, la relazione tra la percentuale di DH ed il tasso di dimissione standardizzato per età (TSD) per i DRG in esame, può fornire sia una misura indiretta dell'accessibilità e dell'utilizzo dei servizi ambulatoriali distrettuali, in funzione della complessiva riduzione dei ricoveri considerati, sia consentire una valutazione della reale efficacia delle azioni adottate dalle regioni per migliorare l'appropriatezza organizzativa ed il corretto utilizzo del DH per tali DRG.

Percentuale di ricoveri in Day Hospital per i DRG medici a rischio di inappropriatelyzza

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere in Day Hospital*}}{\text{Dimissioni ospedaliere in regime ordinario e in Day Hospital*}} \times 100$$

Tasso di dimissioni ospedaliere per i DRG medici a rischio di inappropriatelyzza**

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (modalità ordinaria + Day Hospital)*}}{\text{Popolazione media residente*}} \times 1.000$$

*Per i 26 DRG medici considerati.

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

Validità e limiti. Dopo l'emanazione del DPCM sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 29 novembre 2001, tutte le regioni hanno individuato, in tempi diversi, i valori soglia di ammissibilità dei ricoveri ordinari per i DRG che l'allegato 2C considera "ad alto rischio di inappropriatelyzza". I valori soglia individuati a livello delle singole regioni sono, tuttavia, sensibilmente differenti. Tale variabilità, è dovuta alle diverse caratteristiche ed agli orizzonti temporali delle azioni messe in campo per migliorare l'appropriatezza d'uso delle strutture di ricovero, che hanno condizionato sia la scelta degli obiettivi che i risultati conseguibili nel medio periodo. Inoltre, alcune regioni, che hanno introdotto ulteriori limitazioni dell'ammissibilità dei ricoveri ordinari, in molti casi hanno esteso gli interventi alla rete distrettuale, prevedendo azioni e percorsi per trasferire attività e prestazioni tipiche dei DRG considerati in un contesto extradegenza ospedaliera (ambulatorio, Day Service). Tali

motivi devono, perciò, indurre una certa cautela quando si effettuano confronti tra le diverse realtà regionali rispetto all'utilizzo del DH per i DRG a rischio di inappropriatelyzza.

La percentuale di ricoveri in DH per i DRG in esame, può essere calcolata sui dimessi per regione di ricovero o sui dimessi per regione di residenza. Il calcolo sulla regione di ricovero valuta il comportamento dei produttori, ma non consente di effettuare corrette correlazioni con il tasso di ospedalizzazione dei DRG presi in esame. Per effettuare questa importante correlazione verranno presentati i dati relativi alla percentuale di utilizzo del DH per tutti i DRG medici a rischio di inappropriatelyzza calcolati sui dimessi per regione di residenza relativamente al triennio 2005-2007. Una verifica effettuata sui nostri dati complessivi ha permesso, infatti, di rilevare che le differenze esistenti tra le due modalità di rilevazione non sono sostanziali. Tuttavia, nell'interpretazione dei risultati

occorre tenere presente che il dato calcolato sui dimessi per regione di residenza comprende anche una quota più o meno elevata di pazienti trattati, a causa della mobilità passiva, presso strutture di altre regioni che potrebbero avere prassi e regole di accesso ai servizi difformi rispetto alla regione di residenza del paziente. Oltre a presentare, per i DRG in esame, i tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere, sia per regime ordinario che per DH, relativamente al 2005-2007, si presenterà il confronto, per l'anno 2007, tra la percentuale di utilizzo del DH ed il tasso di ospedalizzazione rilevato nelle singole regioni. La percentuale di ricovero in DH consente di valutare l'appropriatezza del *setting* assistenziale, mentre il confronto con i rispettivi tassi di ospedalizzazione rende evidente, per ogni regione, l'impatto delle azioni attuate in termini di riconversione dei ricoveri in degenza ordinaria e di quelli complessivamente "risparmiati".

Valore di riferimento/Benchmark. In coerenza con la normativa di riferimento un'elevata percentuale di DH rappresenta il trend a cui tendere, ma solo in presenza di un basso tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (TSD) per il complesso dei 26 DRG oggetto di analisi. In ragione dell'interdipendenza dei due parametri si ipotizza, pertanto, un valore di riferimento ottimale caratterizzato da una percentuale di DH superiore e da un TSD inferiore ai rispettivi valori medi nazionali, o meglio ai rispettivi valori mediani.

Descrizione dei risultati

Per migliorare l'appropriatezza organizzativa dell'ospedale ogni regione ha dovuto promuovere strategie di intervento ed azioni che, sebbene coerenti con le indicazioni del DPCM, fossero innanzitutto compatibili con il proprio contesto organizzativo di riferimento. Gli interventi attuati presentano, pertanto, caratteristiche e importanza di grado diversi anche se riconducibili ad alcune fondamentali categorie (come ad esempio: abbattimenti tariffari dei DRG/LEA, adozione di sistemi di controllo esterno, coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, sviluppo di programmi per il trasferimento nel regime ambulatoriale di prestazioni specialistiche complesse, disincentivazione economica in rapporto alle soglie di ammissibilità, etc.). Le stesse soglie di ammissibilità in ricovero ordinario stabilite a livello regionale, come già sottolineato, sono state individuate con criteri e modalità differenti e, quindi, devono indurre una certa cautela quando si effettuano confronti tra le diverse realtà regionali.

A distanza di poco più di cinque anni dalle indicazioni poste dal DPCM 29/11/2001, l'analisi della percentuale di ricoveri in regime di DH per i 26 DRG medici a rischio di inappropriatazza relativamente al periodo 2005-2007, indica rilevanti differenze nei valori con trend di segno opposto nelle diverse regioni

(Tabella 1 e Grafico 1).

A livello nazionale, dal 2005 al 2007, la percentuale di ricoveri in regime di DH per i DRG a rischio di inappropriatazza si è ridotta di quasi il 4%.

Nel 2007 il valore medio nazionale risulta pari al 40,6%. La variabilità regionale risulta molto ampia con valori distribuiti in modo non omogeneo intorno alla media (*range* compreso tra il 21,2% della PA di Trento e il 58,1% della Liguria). Undici regioni registrano valori più bassi della media nazionale, mentre dieci presentano valori superiori (Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lazio, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia).

Rispetto al 2005, le regioni presentano un comportamento molto vario: in undici regioni si registra una riduzione del valore dell'indicatore ed in altre dieci si registra un aumento.

L'esame del TSD per i 26 DRG medici LEA consente di aggiungere ulteriori elementi di analisi al fenomeno dell'inappropriatazza di tali ricoveri. In particolare, il trasferimento in DH di una quota di ricoveri ordinari a rischio di inappropriatazza dovrebbe essere attuato mantenendo invariato il TSD complessivo, ovvero riducendolo ulteriormente in funzione del ricorso a forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero.

Il TSD del 2007 per i DRG medici LEA presenta una distribuzione caratterizzata da un'elevata variabilità con un *range* di valori molto ampio (da 9,5 per 1.000 della Valle d'Aosta a 34,9 per 1.000 della Campania) ed una media nazionale pari a 20,3 ricoveri per 1.000 abitanti. Ad eccezione della PA di Bolzano, del Lazio e della Liguria, le regioni del Centro-Nord, presentano TSD per i DRG in esame inferiori alla media nazionale, mentre tutte le regioni del Sud mostrano una distribuzione di segno opposto (Tabella 2).

Un'importante variabilità tra regioni si osserva anche per il TSD in regime di ricovero ordinario (da 5,0 per 1.000 della Valle d'Aosta al 19,6 per 1.000 della Campania) e per il TSD in regime di DH (da 2,6 per 1.000 in Emilia-Romagna e nella PA di Trento a 18,1 per 1.000 in Sicilia) come presentato dalla Tabella 2 e dal Grafico 2 che evidenziano anche la notevole differenza tra regioni del diverso rapporto esistente tra questi due tipi di ospedalizzazione.

Rispetto agli anni precedenti si rileva una costante diminuzione del TSD del livello nazionale (da 24,1 del 2005 a 20,3 ricoveri per 1.000 abitanti del 2007) ed un andamento analogo o al più una sostanziale stabilità a livello delle singole regioni. Per quanto riguarda i TSD dei ricoveri in regime ordinario e in DH, si osserva una riduzione sia a livello nazionale che a livello regionale ad eccezione di Valle d'Aosta, Puglia e Basilicata che registrano un aumento dei TSD dei ricoveri in DH.

L'analisi congiunta della percentuale di ricoveri effettuata in DH e dei tassi standardizzati di dimissioni

ospedaliera per i DRG medici a rischio di inappropriata, considerando come valori di riferimento il valore mediano dei due indicatori, fornisce quattro diverse rappresentazioni che riassumono con efficacia la situazione, i risultati conseguiti ed i possibili obiettivi di programmazione nelle varie realtà regionali (Grafico 3).

1) Le regioni che associano un TSD superiore ed una percentuale di utilizzo del DH inferiore rispetto alla mediana esprimono situazioni in controtendenza rispetto alle indicazioni del DPCM 2001. Un utilizzo improprio ed ampio del regime di ricovero ordinario dovrebbe, innanzitutto, essere contrastato con un migliore utilizzo del ricovero diurno ma, per ridurre l'eccesso di ospedalizzazione, dovrebbero essere parallelamente avviate azioni dirette a contenere la domanda di ricovero attraverso il potenziamento dei servizi diagnostici ed assistenziali distrettuali. In questa situazione si trovano tre regioni (Provincia Autonoma di Bolzano, Sardegna e in parte l'Abruzzo che si posiziona sul valore mediano del TSD).

2) Le otto regioni che si posizionano nell'area caratterizzata da TSD e percentuale di utilizzo del DH superiori rispetto alla mediana esprimono un sovra utilizzo delle strutture di ricovero, in specie diurno, che potrebbe denotare una scarsa offerta e/o accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali. Molise, Lazio, Liguria, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia registrano un andamento in tal senso che dovrebbe indurre a porre particolare attenzione, oltre che alla riduzione della domanda di ricovero, all'effettiva

utilità ed appropriatezza d'uso del DH.

3) Quest'area, caratterizzata da TSD inferiore e percentuale di utilizzo del DH superiore ai rispettivi valori medi, rappresenta una situazione teoricamente ottimale, rispetto alle indicazioni normative. Si collocano in questa posizione, che esprime un ricorso minimo al ricovero in degenza ordinaria per il set dei DRG medici/LEA ed un ampio utilizzo del DH e dei servizi extradegenza, il Piemonte, la Valle d'Aosta ed in parte la Toscana che si posiziona sul valore mediano della percentuale di DH e la media nazionale.

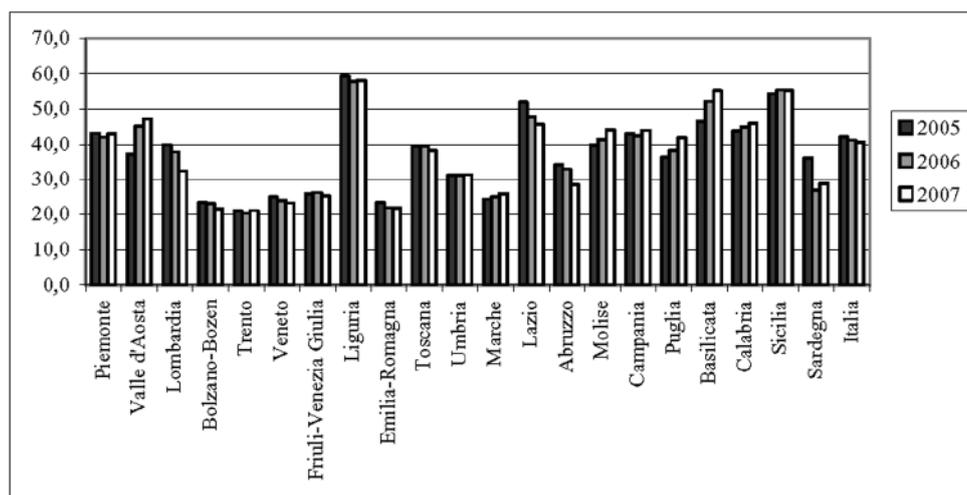
4) Le regioni che presentano un TSD e una percentuale di DH inferiore alla mediana dimostrano come sia possibile adottare efficaci politiche di contrasto del fenomeno dell'inappropriatezza dei ricoveri contrastando anche un inappropriato ed eccessivo utilizzo del DH. Le azioni intraprese in queste regioni (PA di Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Umbria, Lombardia e Marche) hanno probabilmente interessato oltre che il settore ospedaliero anche l'individuazione di percorsi diagnostici terapeutici extradegenza e l'attivazione di modelli organizzativi alternativi al DH, tipo il Day Service. È evidente che in queste realtà l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione per i DRG medici a rischio di inappropriatezza è stata giocata sia sul fronte del ricovero ordinario che del ricovero diurno, facendo leva sul livello di offerta, su elevate performance e sull'accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali e distrettuali.

Purtroppo, il vuoto informativo relativo all'attività ambulatoriale, costituisce un limite per un'oggettiva ed esaustiva valutazione delle azioni rivolte in questa direzione.

Tabella 1 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital e variazioni percentuali per i DRG medici a rischio di inappropriatezza, per regione - Anni 2005-2007

Regioni	2005	2006	2007	Δ % 2005-2007
Piemonte	43,1	42,0	43,0	-0,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	37,1	45,1	47,1	26,8
Lombardia	39,9	37,8	32,4	-18,7
Bolzano-Bozen	23,5	23,3	21,6	-7,8
Trento	21,1	20,4	21,2	0,7
Veneto	25,0	24,1	23,3	-6,9
Friuli-Venezia Giulia	25,9	26,3	25,3	-2,2
Liguria	59,4	57,8	58,1	-2,1
Emilia-Romagna	23,4	22,0	21,9	-6,5
Toscana	39,5	39,4	38,2	-3,2
Umbria	31,3	31,2	31,3	0,2
Marche	24,4	25,1	25,9	6,1
Lazio	51,9	47,8	45,6	-12,1
Abruzzo	34,2	33,0	28,5	-16,8
Molise	39,8	41,4	44,0	10,6
Campania	42,9	42,4	43,9	2,4
Puglia	36,3	38,1	41,8	15,3
Basilicata	46,5	52,1	55,1	18,5
Calabria	43,9	44,8	46,0	4,8
Sicilia	54,2	55,3	55,2	1,8
Sardegna	36,1	26,9	28,8	-20,1
Italia	42,2	41,2	40,6	-3,6

Grafico 1 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital per i DRG medici a rischio di inappropriatezza, per regione - Anni 2005-2007



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009.

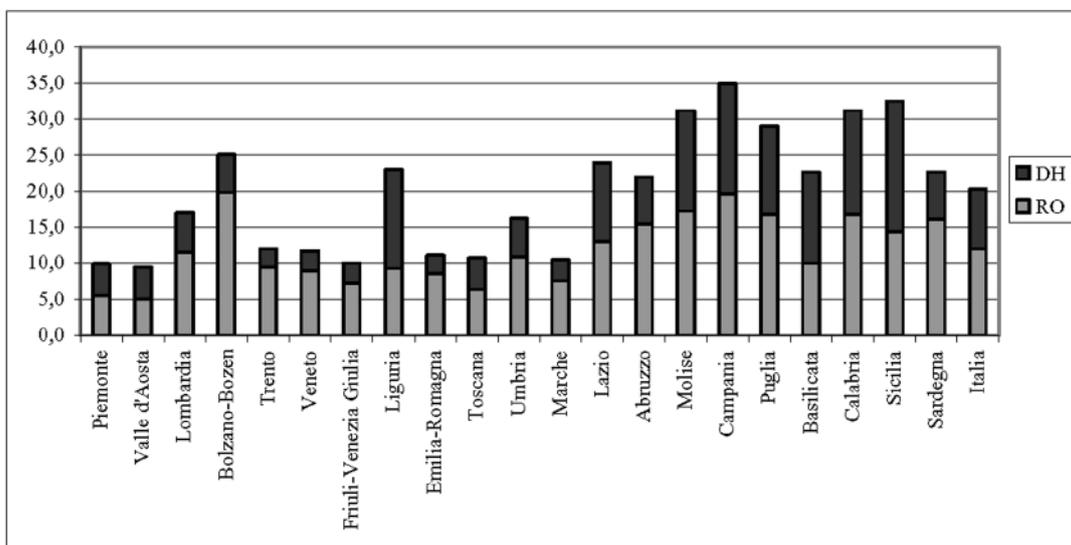
Tabella 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per i DRG medici a rischio di inappropriatezza, per regione e regime di ricovero - Anni 2005-2007

Regioni	2005			2006			2007		
	Regime Ordinario	Day Hospital	Totale	Regime Ordinario	Day Hospital	Totale	Regime Ordinario	Day Hospital	Totale
Piemonte	6,4	5,0	11,4	6,0	4,6	10,6	5,6	4,3	9,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	5,8	3,5	9,3	4,5	3,7	8,2	5,0	4,5	9,5
Lombardia	12,4	8,2	20,6	12,1	7,3	19,4	11,5	5,5	17,0
Bolzano-Bozen	19,7	5,8	25,5	19,9	5,8	25,7	19,8	5,3	25,1
Trento	9,6	2,6	12,2	10,0	2,6	12,7	9,4	2,6	12,0
Veneto	10,2	3,4	13,7	9,9	3,2	13,1	8,9	2,7	11,7
Friuli-Venezia Giulia	7,4	2,9	10,3	7,5	3,1	10,6	7,2	2,8	10,0
Liguria	10,2	15,8	26,1	9,7	14,2	23,9	9,2	13,8	23,0
Emilia-Romagna	9,2	3,0	12,2	8,8	2,7	11,5	8,5	2,6	11,1
Toscana	7,0	5,0	12,0	6,7	4,7	11,4	6,4	4,3	10,7
Umbria	11,8	5,7	17,4	11,6	5,6	17,1	10,9	5,3	16,2
Marche	8,7	3,0	11,8	8,4	3,0	11,4	7,6	2,9	10,4
Lazio	16,0	17,2	33,2	15,0	13,8	28,7	12,9	11,0	24,0
Abruzzo	25,2	13,7	38,9	21,9	11,3	33,2	15,4	6,5	21,9
Molise	20,9	14,3	35,2	20,0	14,7	34,8	17,2	14,0	31,2
Campania	20,9	15,5	36,4	21,5	15,7	37,2	19,6	15,3	34,9
Puglia	18,5	10,7	29,3	18,2	11,4	29,7	16,8	12,2	29,0
Basilicata	14,1	12,5	26,6	12,2	13,6	25,8	10,0	12,6	22,6
Calabria	19,4	15,2	34,6	18,9	15,5	34,4	16,8	14,4	31,2
Sicilia	18,4	22,2	40,6	17,7	22,3	40,1	14,4	18,1	32,5
Sardegna	22,8	12,7	35,5	20,1	7,4	27,5	16,1	6,6	22,6
Italia	13,9	10,2	24,1	13,4	9,5	22,9	12,0	8,3	20,3

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

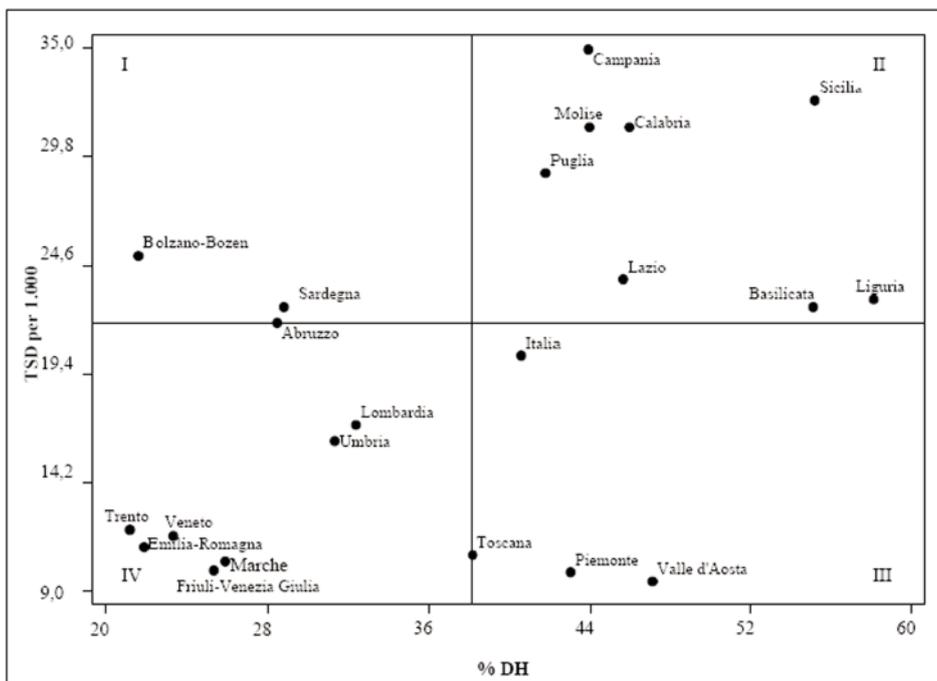
Grafico 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per i DRG medici a rischio di inappropriata, per regione e regime di ricovero - Anno 2007



Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Grafico 3 - Percentuale di utilizzo del DH e tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per i DRG medici a rischio di inappropriata, per regione - Anno 2007



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi svolta conferma che le indicazioni del DPCM 29/11/2001, sebbene in molte regioni siano rispettate ed in molti casi positivamente raggiunte e superate grazie all'adozione di efficaci politiche volte a contrastare il fenomeno dell'inappropriato uso dell'ospedale, in alcune regioni (quelle del primo e del secondo gruppo del Grafico 3) non hanno ancora sortito l'effetto atteso. Occorre, pertanto, continuare a promuovere azioni mirate alla riduzione della domanda di ricovero ed al progressivo trasferimento dell'attività di degenza ordinaria in DH e nella rete dei servizi ambulatoriali e distrettuali, senza trascurare l'esigenza di disporre di maggiori informazioni rispetto all'offerta ed all'accessibilità dei servizi ambulatoriali al fine di valutare compiutamente alcuni importanti determinanti dell'inappropriatezza dei ricoveri. Rispetto a questo ultimo aspetto, il confronto dei dati 2005-2007, conferma definitivamente che in un numero sempre maggiore di regioni non sembra logico perseguire ancora l'obiettivo di trasferire attività di ricovero ordinario in DH e di incrementare la quota di ricovero in tale sede. Infatti, avendo già agito sulla domanda e sulla struttura dell'offerta, tali realtà registrano TSD molto bassi, costanti decrementi dell'attività di DH per i DRG considerati e sembrano avere aperto un nuovo fronte che pone al centro dei percorsi diagnostici e terapeutici, anche per prestazioni di una certa complessità, il livello di assistenza ambula-

toriale distrettuale. Tali nuove evidenze suggeriscono l'utilità di rimodulare le ipotesi di analisi e di programmazione.

In termini di analisi, oltre ai parametri studiati, per rendere più robuste le valutazioni a livello delle singole regioni, sarebbe opportuno considerare anche il tasso di dimissione al netto dei ricoveri di 1 giorno in RO, valutare meglio la natura di tali accessi, per lo più diagnostici, ed avviare anche solo localmente rilevazioni omogenee sulle tipologie di attività di diagnostica ambulatoriale che hanno dimostrato di avere un impatto positivo sul fronte dell'appropriatezza dei ricoveri.

In termini di programmazione occorre che sia concretamente recepita e perseguita l'indicazione della Conferenza Stato-Regioni che porta a 180 per 1.000 abitanti il tasso di ospedalizzazione generale e che sia valutata l'opportunità che in tutte le regioni i DH di tipo medico siano sempre più sostituiti da modelli di organizzazione tipo Day Service, in quanto livello di erogazione delle prestazioni maggiormente appropriato rispetto al ricovero. In una prospettiva di progressiva deospedalizzazione di alcune patologie, con la garanzia di adeguate condizioni organizzative, potrebbe essere opportuno prevedere specifiche penalizzazioni tariffarie per le prestazioni erogate in regime di DH in modo da incentivare il ricorso a modelli di erogazione meno onerosi ed altrettanto efficaci riguardo la qualità dell'assistenza erogata.

Dimissioni con DRG medici da reparti chirurgici

Significato. L'indicatore è tra quelli previsti dal DM 12 dicembre 2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" e misura la quota di

pazienti ricoverati e dimessi da un reparto chirurgico in cui eseguono procedure diagnostiche e terapeutiche che non esitano in un intervento chirurgico.

Percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore Dimissioni ospedaliere da reparti chirurgici con DRG medici

 Denominatore Dimissioni ospedaliere da reparti chirurgici

Validità e limiti. In associazione ad altri indicatori dell'assistenza ospedaliera (tasso di ospedalizzazione, tasso di utilizzo delle strutture, etc.) l'indicatore in oggetto consente di misurare l'appropriato utilizzo dei reparti chirurgici ed è in grado di fornire indicazioni utili per valutare la corretta programmazione dell'offerta ospedaliera, in termini di adeguato dimensionamento delle discipline afferenti all'area medica e chirurgica e di adeguata definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici, sia intra che extra ospedalieri. Se analizzato da solo è importante premettere che una quota di pazienti dimessi da reparti chirurgici con DRG medici è fisiologica e non del tutto eliminabile in quanto, anche a seguito di un corretto percorso assistenziale e di un idoneo inquadramento diagnostico, per le possibili evoluzioni delle condizioni cliniche, alcuni pazienti potrebbero non aver più necessità di un intervento chirurgico precedentemente previsto. L'indicatore è, peraltro, robusto quando si confrontano reparti della medesima disciplina inseriti in contesti ospedalieri omogenei per *mission* e dimensionamento. Il confronto su base regionale consente di avere un quadro abbastanza preciso circa l'appropriato utilizzo dell'insieme dei reparti chirurgici, anche se per una corretta interpretazione dei risultati occorre tenere conto delle diverse variabili che possono condizionare l'espressione del dato. Tra queste occorre considerare particolari condizioni organizzative, come nel caso di ospedali di piccole dimensioni in cui le attività dei Dipartimenti di Emergenza non sono ancora del tutto strutturate, le situazioni in cui non sono attivate le funzioni di Triage e le Unità di Osservazione Breve nei Pronto Soccorso, ovvero non sono stati definiti adeguati PDT. In questi casi le Unità Operative chirurgiche sono spesso obbligate a farsi carico direttamente, anche in regime di degenza ordinaria, dell'*iter* diagnostico di molteplici quadri patologici che non esiteranno in una terapia chirurgica.

Valore di riferimento/Benchmark. Non sono presenti valori di riferimento dell'indicatore di tipo normativo. Il valore medio delle tre regioni con migliore *performance* può fornire una misura concreta dei risultati che è possibile conseguire agendo sulla programmazione e sulla moderna organizzazione delle attività ospedaliere.

Descrizione dei risultati

Come si può osservare nella Tabella 1 e nel Grafico 1 la proporzione media nazionale di dimissioni da reparti chirurgici con un DRG medico è del 36,3%. Il dato presenta una elevata variabilità regionale ed un evidente gradiente tra le regioni settentrionali e meridionali. In generale, presentano valori al di sotto della media nazionale tutte le regioni del Centro-Nord, ad eccezione delle PA di Bolzano e Trento, della Valle d'Aosta, dell'Umbria e del Lazio. Hanno valori al di sopra della media tutte le regioni del Sud e le Isole. Le regioni con le percentuali più basse sono l'Emilia-Romagna, che registra il valore minimo (26,2%), le Marche (28,0%), il Friuli-Venezia Giulia (29,3%) e il Piemonte (29,5%). Le regioni dove si registrano i valori più alti sono, oltre alla Calabria che segna il valore massimo (47,1%), la Campania (45,3%) e la Sicilia (44,8%). Dal 2005 al 2007 la percentuale di dimissioni con DRG medico da reparto chirurgico ha subito, a livello nazionale, una lieve riduzione (dal 37,6% nel 2005 al 36,3% nel 2007). La Tabella 1 e il Grafico 1 evidenziano che, nel periodo preso in considerazione, l'Abruzzo e la Basilicata hanno diminuito in modo consistente il valore dell'indicatore, mentre nella maggior parte delle regioni il dato è rimasto invariato e in tre regioni ha subito un lieve incremento (Lazio, Molise, PA di Bolzano).

Tabella 1 - Percentuale di dimissioni con DRG medico da reparti chirurgici per regione di ricovero - Anni 2005-2007

Regioni	2005	2006	2007
Piemonte	30,3	30,1	29,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	39,6	35,9	37,4
Lombardia	29,9	29,8	30,0
Bolzano-Bozen	44,0	44,1	45,0
Trento	42,0	43,4	41,2
Veneto	33,6	33,1	33,0
Friuli-Venezia Giulia	29,6	29,7	29,3
Liguria	37,4	36,8	35,5
Emilia-Romagna	27,3	26,4	26,2
Toscana	35,9	35,8	35,4
Umbria	40,3	39,4	38,5
Marche	29,7	28,9	28,0
Lazio	36,8	36,8	37,4
Abruzzo	46,7	40,7	38,0
Molise	41,9	42,6	43,1
Campania	45,5	46,1	45,3
Puglia	43,6	42,7	40,9
Basilicata	48,7	44,3	42,8
Calabria	49,5	47,7	47,1
Sicilia	46,9	46,7	44,8
Sardegna	44,6	45,1	43,3
Italia	37,6	37,0	36,3

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009.

Percentuale di dimissioni con DRG medico da reparti chirurgici per regione di ricovero. Anno 2007

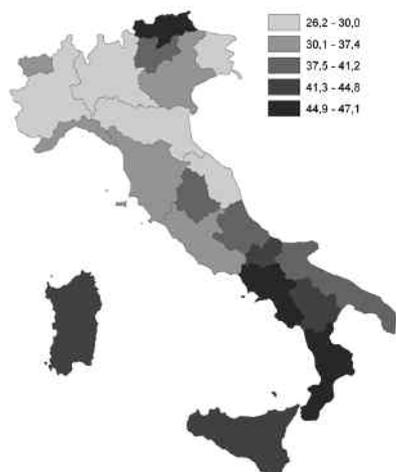
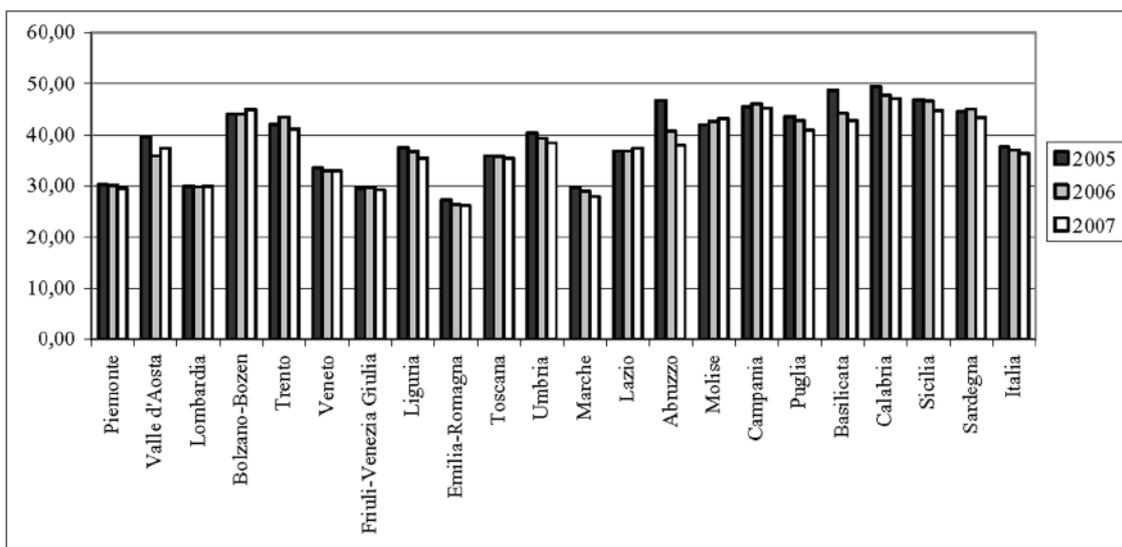


Grafico 1 - Percentuale di dimissioni con DRG medico da reparti chirurgici per regione di ricovero - Anni 2005-2007

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante una quota di dimissioni da reparto chirurgico con un DRG medico sia da considerare incompriabile a causa dei possibili cambiamenti delle condizioni cliniche durante la degenza, l'estrema variabilità regionale suggerisce che diversi interventi possono essere messi in atto per ridurre questo fenomeno, soprattutto nelle regioni in cui esso è più elevato.

Il ricovero di pazienti che richiedono un intervento chirurgico in reparti ospedalieri predisposti e attrezzati per assicurare assistenza pre e post operatoria può tradursi in una maggiore efficienza nella gestione dei casi, perché consente un razionale ed omogeneo utilizzo delle risorse, ma, soprattutto, può determinare benefici di tipo clinico-assistenziale per il paziente,

umentando la coerenza e la rispondenza dell'offerta ai bisogni del malato.

Gli interventi da porre in atto per migliorare la situazione rilevata devono essere orientati verso un migliore dimensionamento dei reparti chirurgici, alla individuazione di aree di degenza omogenee organizzate per intensità di cure, al potenziamento dei Dipartimenti di emergenza, alla qualificazione del Triage clinico e all'istituzione di Unità di Osservazione Breve nei Pronto Soccorso. Inoltre, non devono essere trascurate le azioni volte alla definizione di percorsi diagnostico-terapeutici che dovrebbero prevedere, sia per i ricoveri in urgenza che in elezione, l'ammissione in un reparto chirurgico solo dei pazienti con una precisa indicazione all'intervento.

Ospedalizzazione

Significato. Il tasso di ospedalizzazione fornisce una misura di propensione al ricovero ospedaliero della popolazione oggetto di studio. Si calcola come rapporto fra numero di ricoveri ospedalieri, ovunque effettuati, relativi a soggetti residenti in una data regione e la complessiva popolazione ivi residente. Il tasso di ospedalizzazione viene solitamente elaborato distintamente per le diverse modalità di ricovero, ossia sia per il Ricovero Ordinario (RO) che per quel-

lo diurno, comprensivo del Day Hospital (DH) medico e chirurgico, o Day Surgery (DS).

L'indicatore consente anche di descrivere il ricorso alle diverse modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera e di cogliere, nelle analisi temporali, gli eventuali spostamenti della casistica trattata da un *setting* assistenziale all'altro. In questo modo si ottengono anche indicazioni, sulla struttura dell'offerta e sulle sue modificazioni.

Tasso di dimissioni ospedaliere*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

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

Validità e limiti. L'indicatore misura la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dalla rete ospedaliera presente sul territorio, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle inappropriate erogate in ambito ospedaliero. L'inappropriatezza ospedaliera non deve essere associata all'idea di malfunzionamento degli ospedali, bensì può essere dovuta ad una cattiva gestione della cronicità da parte dei servizi sanitari territoriali e ad una talvolta inefficace attività preventiva in grado di limitare il ricorso alle cure ospedaliere. D'altra parte, l'indicatore non consente di analizzare la domanda "insoddisfatta", dovuta, in taluni contesti, alla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie e rappresentativa di un bisogno di salute percepito ed espresso dalla popolazione.

L'indicatore è stato calcolato tenendo conto delle dimissioni da reparti per acuti, di riabilitazione e lungodegenza effettuate presso strutture pubbliche e private accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Sono escluse le dimissioni dei neonati sani e dei soggetti non residenti in Italia. D'altro canto sono, invece, inclusi i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto, perché l'indicatore intende esprimere l'entità della domanda di ricovero soddisfatta nel corso dell'anno. Qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime di DH: si rilevano, infatti, alcune diversità, da una regione all'altra, nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi all'ospedalizzazione in regime diurno. Le diversità rilevate possono anche essere dovute ad una diversa modalità di impiego delle strutture ambulatoriali.

Il fenomeno dell'ospedalizzazione risulta notevolmente correlato all'età del paziente, pertanto, al fine di confrontare la propensione al ricovero nei diversi contesti regionali è stato calcolato il tasso standardizzato. Con riferimento, quindi, alla popolazione media

residente in Italia nel 2001, sono stati calcolati i tassi di ospedalizzazione regionali standardizzati, in cui risulta corretto l'effetto della diversa composizione per età delle popolazioni nelle singole regioni. Il dato del 2008 è messo a confronto con analoghe rilevazioni effettuate nel 2005, nel 2006 e nel 2007.

Valore di riferimento/Benchmark. L'Intesa Stato-Regioni sancita il 23 marzo 2005, art. n. 4 comma 1 punto b, ha fissato, quale obiettivo da raggiungere entro il 2007, il mantenimento del tasso di ospedalizzazione complessivo per ricoveri entro il valore di 180‰ residenti, di cui un 20% (in pratica il 36‰) relativo ai ricoveri in regime diurno.

Descrizione dei risultati

Nel 2008 il tasso grezzo di ospedalizzazione a livello nazionale è 133,8 per 1.000 abitanti in modalità ordinaria e 59,0 per 1.000 in modalità di ricovero diurno. L'analisi temporale presenta una costante diminuzione nel corso degli anni esaminati in entrambe le modalità di ricovero (Grafico 1).

Ciò emerge sia confrontando i tassi annuali grezzi (Grafico 1) che quelli standardizzati (Tabella 1). Nel 2008 il tasso standardizzato di ospedalizzazione complessivo a livello nazionale è 187,3‰, di cui 129,1‰ in modalità ordinaria e 58,2‰ in modalità di ricovero diurno. Il tasso di ospedalizzazione complessivo varia, a livello regionale, dal valore massimo presente in Campania (231,8‰) al valore minimo del Friuli Venezia Giulia (148,5‰). Solo 9 regioni presentano valori che rientrano nello standard normativo fissato al 180‰, mentre le restanti, tutte del Centro-Sud, assieme a Liguria, Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Bolzano, presentano valori superiori. In generale, le regioni del Sud e le Isole presentano un

tasso complessivo superiore anche alla media nazionale, mentre quelle del Centro-Nord un tasso inferiore, con l'eccezione di Liguria, PA di Bolzano e Lazio. Il tasso relativo al regime di RO varia dal 100,3% della Toscana al 160,1% della Puglia e si registra un valore più elevato della media nazionale oltre che nelle regioni del Sud (eccetto la Basilicata), in Lombardia, PA di Bolzano, Lazio e, anche se di pochissimo, in Valle d'Aosta.

Tutte le regioni presentano un tasso di ospedalizzazione per il DH superiore al riferimento normativo del 36%. I ricoveri in DH corrispondono al 31,1% del totale. Per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione in regime diurno le regioni con valori estremi sono la Liguria (88,8%) ed il Friuli Venezia Giulia (37,3%). Presentano valori molto superiori alla media nazionale anche la Campania e la Sicilia.

L'analisi del trend mette in evidenza una costante riduzione dei tassi di ospedalizzazione. Per il tasso complessivo la riduzione è del 3,0% nel 2008 rispetto al 2007 e dell'8,0% rispetto al 2006. Per la modalità di ricovero in Regime Ordinario la riduzione è del 2,9% rispetto al 2007 e del 6,9% rispetto al 2006; per il ricovero diurno la riduzione è del 3,3% rispetto al 2007 e del 10,3% rispetto al 2006.

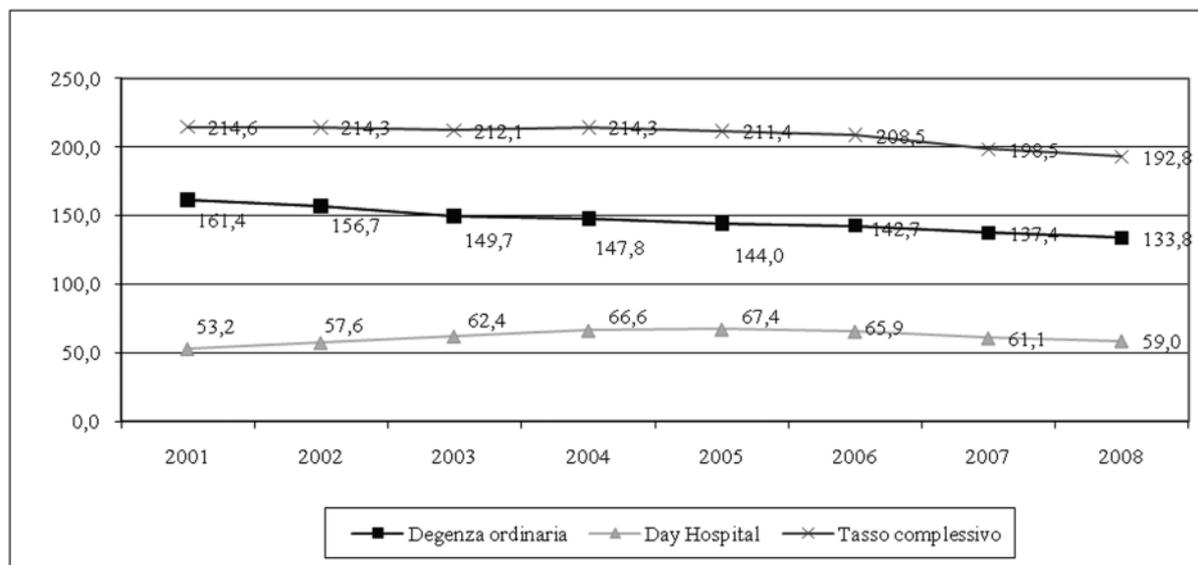
La maggiore riduzione del tasso di ospedalizzazione complessivo, si rileva in alcune delle regioni con valore di partenza più elevato: Abruzzo (263,1% nel

2005 vs 199,9% nel 2008), Lazio (247,0% nel 2005 vs 198% nel 2008), Sicilia (260,5% nel 2005 vs 218,3% nel 2008) e Sardegna (226,0 % nel 2005 vs 189,3% nel 2008). Le uniche 2 regioni con un trend in aumento sono Valle d'Aosta (180,8% nel 2005 vs 185,3% nel 2008) e Puglia (215,9% nel 2005 vs 216,3% nel 2008) che già presentava un dato molto al di sopra della media nazionale.

Per quanto riguarda le dimissioni da RO una riduzione del tasso di ospedalizzazione si rileva in tutte le regioni, ad eccezione della Valle d'Aosta (126,3% nel 2005 vs 129,6% nel 2008). Le regioni con una riduzione più consistente sono, come per il tasso complessivo, Abruzzo (192,3% nel 2005 vs 141,0% nel 2008), Lazio (152,5% nel 2005 vs 131,2% nel 2008), Molise (175,4% nel 2005 vs 149,0% nel 2008) e Sardegna (159,2% nel 2005 vs 135,1% nel 2008).

Per quanto riguarda le dimissioni da ricovero diurno si rileva una notevole riduzione del tasso di ospedalizzazione in Lazio (94,4% nel 2005 vs 66,7% nel 2008), Sicilia (107,2% nel 2005 vs 83,4% nel 2008) e Lombardia (60,3% nel 2005 vs 42,3% nel 2008), che già presentava nel 2005 valori al di sotto della media nazionale. Per contro, si rileva un incremento del tasso specialmente in Basilicata (67,1% nel 2005 vs 70,9% nel 2008), Puglia (48,1% nel 2005 vs 56,2% nel 2008) e Calabria (65,7% nel 2005 vs 71,5% nel 2008).

Grafico 1 - Tassi grezzi di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per regime di ricovero - Anni 2001-2008



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

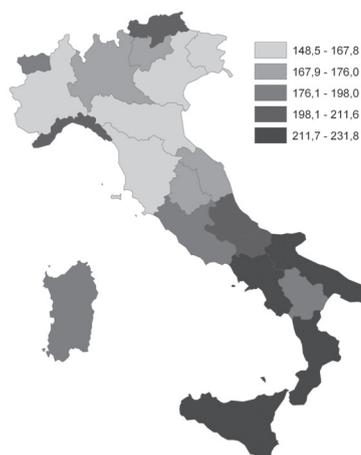
Tabella 1 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) da istituti pubblici e privati accreditati per regione e regime di ricovero - Anni 2005-2008

Regioni	2005			2006			2007			2008		
	RO	DH	Totale									
Piemonte	110,7	60,7	171,4	109,3	61,8	171,2	107,5	61,3	168,8	105,8	62,0	167,8
Valle d'Aosta	126,3	54,5	180,8	125,1	55,4	180,5	129,2	56,8	186,0	129,6	55,7	185,3
Lombardia	140,6	60,3	200,9	138,6	58,8	197,4	134,5	45,2	179,7	132,8	42,3	175,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>158,4</i>	<i>49,2</i>	<i>207,6</i>	<i>154,2</i>	<i>50,1</i>	<i>204,3</i>	<i>153,9</i>	<i>51,5</i>	<i>205,5</i>	<i>149,3</i>	<i>49,7</i>	<i>199,0</i>
Trento	126,6	54,9	181,5	124,3	56,3	180,6	122,4	56,7	179,1	119,6	56,5	176,0
Veneto	122,5	53,8	176,4	119,3	50,4	169,8	115,2	45,6	160,8	112,2	41,7	153,8
Friuli Venezia Giulia	115,5	37,3	152,8	114,1	37,0	151,2	113,4	36,2	149,6	111,2	37,3	148,5
Liguria	125,3	98,4	223,8	122,0	90,1	212,1	118,9	88,0	207,0	116,8	88,8	205,6
Emilia-Romagna	128,8	45,9	174,7	127,7	43,5	171,2	126,0	42,9	168,9	123,9	42,1	166,0
Toscana	109,5	52,1	161,6	106,1	52,0	158,1	103,1	51,0	154,1	100,3	51,0	151,3
Umbria	120,1	60,6	180,7	117,9	58,6	176,5	117,8	58,4	176,2	115,4	57,3	172,7
Marche	130,6	45,5	176,1	129,4	45,8	175,3	126,6	46,5	173,2	124,3	47,1	171,4
Lazio	152,5	94,4	247,0	147,5	80,3	227,8	136,5	67,7	204,2	131,2	66,7	198,0
Abruzzo	192,3	70,7	263,1	183,9	68,3	252,2	158,6	58,9	217,5	141,0	58,8	199,9
Molise	175,4	61,2	236,6	171,4	63,7	235,1	165,1	63,5	228,6	149,0	62,6	211,6
Campania	162,0	78,1	240,1	161,1	77,8	238,9	155,4	77,4	232,9	151,8	79,9	231,8
Puglia	167,8	48,1	215,9	170,0	50,5	220,6	166,5	53,9	220,4	160,1	56,2	216,3
Basilicata	136,2	67,1	203,3	133,3	72,1	205,4	123,5	72,1	195,7	122,0	70,9	192,8
Calabria	163,2	65,7	228,9	161,7	69,3	231,0	150,0	67,9	217,9	143,0	71,5	214,5
Sicilia	153,3	107,2	260,5	151,3	112,1	263,4	140,0	101,8	241,8	134,9	83,4	218,3
Sardegna	159,2	66,8	226,0	148,2	55,0	203,2	139,6	57,6	197,2	135,1	54,3	189,3
Italia	141,0	66,8	207,8	138,6	64,9	203,6	132,9	60,2	193,1	129,1	58,2	187,3

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) da istituti pubblici e privati accreditati per regione. Anno 2008



Raccomandazioni di Osservasalute

I recenti piani sanitari, nazionali e regionali propongono una revisione della rete ospedaliera esistente ponendo, quale obiettivo prioritario, un riequilibrio tra i livelli di assistenza sanitaria. A tal fine è auspicata una riallocazione delle risorse e, quindi, dell'offerta assistenziale secondo linee che tendono a promuovere la prevenzione ed a potenziare le forme di assistenza alternative al tradizionale ricovero ospedaliero, in particolare l'assistenza territoriale e distrettuale, un incremento del ricovero diurno, l'introduzione di interventi riabilitativi e di lungodegenza in ambito residenziale e domiciliare, una programmazione sanitaria volta all'abbattimento dei tempi di attesa e l'adozione di sistemi di valutazione circa l'appropriatezza della modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

L'obiettivo normativo fissato dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 di raggiungere entro il 2007 il tasso di ospedalizzazione complessivo di 180 ricoveri per 1.000 residenti, di cui un 20% relativo ai ricoveri in regime diurno, non sembra ancora alla portata della maggioranza delle regioni, tra cui tutte quelle dell'Italia meridionale ed insulare.

Anche se in questi ultimi anni si è avuta una complessiva riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri su tutto il territorio nazionale, in particolare a seguito delle azioni dettate dal DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, la contrazione dell'ospedalizzazione è ancora piuttosto contenuta, persiste una forte differenza regionale e si deve constatare che in alcune realtà le riorganizzazioni previste ed intraprese stentano a tradursi nei risultati attesi.

I provvedimenti emanati nel 2001 per la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri e le scelte sulla struttura e sull'organizzazione dell'offerta attuate da alcune regioni, hanno determinato un trasferimento di alcune prestazioni sanitarie in DH/DS con la conseguente contrazione del numero di ricoveri in degenza ordinaria. Contemporaneamente, però, si è anche verificato un incremento, in alcuni casi significativo, della domanda per cui è necessario monitorare nel tempo il processo di ospedalizzazione, al fine di definire ed attuare misure correttive adeguate per la razionalizzazione della rete ospedaliera ed un'efficace integrazione della stessa con i servizi sanitari territoriali.

Ospedalizzazione per età e tipologia di attività

Significato. L'età del paziente rappresenta un fattore demografico estremamente significativo quando si analizza il ricorso alle prestazioni sanitarie. Il bisogno di salute varia in relazione all'età e, quindi, anche l'entità della domanda di prestazioni sanitarie ospedaliere. In particolare, la tipologia di assistenza ospedaliera erogata (acuzie, riabilitazione o lungodegenza) risente fortemente delle caratteristiche demografiche

della popolazione e ciò è da attribuire, anche in parte, all'organizzazione dell'offerta di prestazioni sanitarie presso strutture assistenziali di pertinenza territoriale. I tassi di ospedalizzazione, calcolati a livello regionale, per classi di età e per tipologia di assistenza erogata, consentono di evidenziare il fenomeno ed eventuali differenze geografiche.

Tasso di dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività*

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

Dimissioni ospedaliere, per classi di età e tipo di attività¹
Popolazione media residente

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

¹Regime di degenza ordinario, distintamente nei reparti di attività per acuti, riabilitazione e lungodegenza.

Validità e limiti. Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), considerate nel calcolo dell'indicatore, sono relative alle dimissioni effettuate, in regime di Ricovero Ordinario (RO), nel corso del 2008, dagli istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Sono state escluse le dimissioni dei neonati sani, 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.

È opportuno precisare che nella banca dati complessiva possono essere presenti più schede di dimissione da attribuire ad un medesimo paziente, con riferimento ad un unico episodio di ricovero: infatti, se un paziente viene trasferito, all'interno di uno stesso istituto, da una tipologia di attività ad un'altra (ad esempio da un reparto per acuti ad uno di riabilitazione) o da una modalità di ricovero all'altra (dal regime diurno a quello ordinario e viceversa), devono essere compilate 2 distinte schede di dimissione, una per ciascuna tipologia di attività erogata o regime di ricovero.

L'indicatore include, inoltre, i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto relativi a differenti episodi di ricovero avuti nel corso dell'anno.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per il tasso di ospedalizzazione specifico per classi di età. Il confronto dei tassi specifici regionali con quello nazionale consente di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero nelle classi di età.

Descrizione dei risultati

Le tabelle mostrano la distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione specifici per classi di età, distintamente per le varie tipologie di attività ospedaliera

(acuti, riabilitazione, lungodegenza). Rispetto ai dati relativi alle SDO 2007 (Rapporto Osservasalute 2009, pagg. 343-345), si nota una tendenza alla diminuzione dei valori dei tassi di ospedalizzazione per acuti e dei ricoveri in regime ordinario di riabilitazione; un aumento, invece, per i ricoveri di lungodegenza.

Per quanto riguarda i ricoveri ordinari nelle discipline per acuti, in tutte le regioni i valori più elevati si evidenziano nelle classi di età estreme (Tabella 1, Grafico 1). Si osserva, inoltre, che il tasso di ospedalizzazione per tutte le fasce d'età ed, in particolar modo, per i soggetti con età compresa fra 65-74 anni, è mediamente più elevato nelle regioni del Sud rispetto a quelle del Centro-Nord.

Relativamente all'attività di riabilitazione sono state considerate classi di età più ampie, perché vi ricorrono più frequentemente pazienti anziani. In particolare, si osserva come il tasso di ospedalizzazione assuma valori più elevati per la classe degli ultra 75enni e con considerevole variabilità tra le regioni. Ciò è certamente da attribuire alla diversa progettazione sia delle reti ospedaliere che dei servizi territoriali, anche in termini di dotazione di strutture specializzate nell'assistenza riabilitativa.

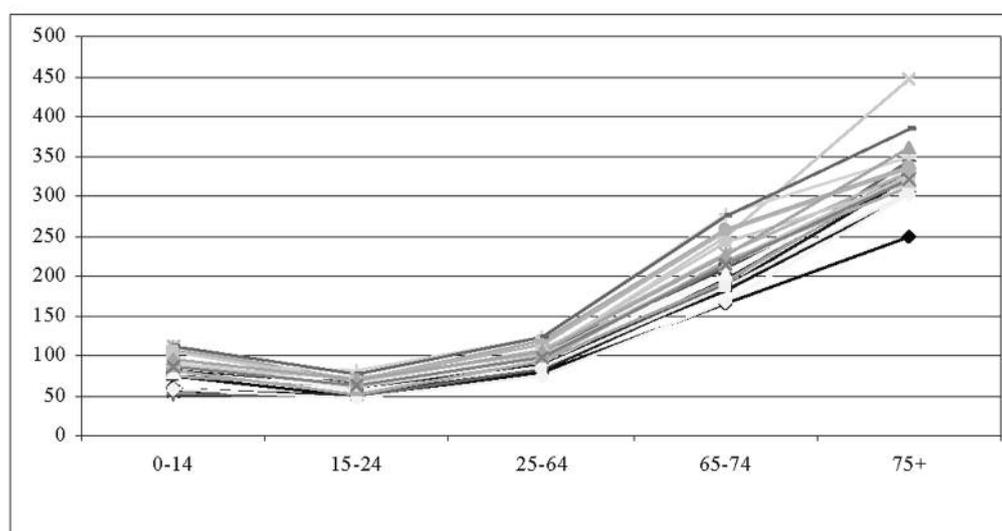
Per quanto riguarda l'attività di lungodegenza, il tasso di ospedalizzazione assume valori di rilievo per la classe di età estrema, che comprende gli anziani di 75 anni ed oltre. Anche per questo tipo di assistenza, come per la riabilitazione, emergono notevoli differenze geografiche. I tassi di ospedalizzazione mostrano una modesta attività di lungodegenza in Valle d'Aosta (0,2 per 1.000), Liguria (0,4 per 1.000) ed Umbria (1,9 per 1.000), mentre i valori più elevati si osservano in Emilia-Romagna (46,6 per 1.000), PA di Bolzano (32,8 per 1.000) e PA di Trento (26,2 per 1.000).

Tabella 1 - Tassi (specifici e standardizzati per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per acuti, per regione - Anno 2008

Regioni	Classi di età					Tassi std
	0-14	15-24	25-64	65-74	75+	
Piemonte	75,3	48,4	79,3	165,5	249,0	98,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	75,2	68,6	105,2	209,6	328,6	126,0
Lombardia	93,3	63,1	98,4	213,1	314,5	123,4
Bolzano-Bozen	85,3	72,6	101,6	249,1	446,9	139,7
Trento	56,4	50,1	84,9	196,5	325,4	108,3
Veneto	58,3	49,0	82,0	185,8	323,8	105,5
Friuli Venezia Giulia	50,3	48,7	83,7	189,8	344,8	107,5
Liguria	81,3	59,5	88,1	181,3	301,9	111,2
Emilia-Romagna	74,3	59,9	91,9	193,8	328,5	115,8
Toscana	57,7	46,7	74,1	167,0	302,1	97,1
Umbria	93,2	56,3	86,4	187,2	304,3	112,4
Marche	78,3	60,7	95,8	203,1	326,7	119,4
Lazio	90,7	61,2	100,2	215,2	324,7	124,8
Abruzzo	111,0	68,0	107,4	229,0	329,1	134,3
Molise	107,2	70,4	118,5	258,8	337,6	144,0
Campania	87,3	80,4	122,6	276,1	348,8	147,3
Puglia	111,3	77,2	124,1	274,1	383,6	153,9
Basilicata	82,2	50,5	93,1	218,1	311,5	117,6
Calabria	94,4	70,0	113,1	254,7	335,9	138,6
Sicilia	104,5	66,9	104,2	241,9	316,3	131,7
Sardegna	94,9	69,2	105,1	226,5	360,2	133,2
Italia	86,0	63,7	98,3	213,5	321,5	122,9

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Grafico 1 - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di RO per acuti - Anno 2008

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Tabella 2 - Tassi (specifici e standardizzati per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per riabilitazione, per regione - Anno 2008

Regioni	Classi di età				Tassi std
	0-44	45-64	65-74	75+	
Piemonte	1,0	5,8	17,9	24,1	5,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,6	4,4	12,8	9,7	3,6
Lombardia	1,5	7,5	24,3	39,0	8,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,5</i>	<i>4,3</i>	<i>15,1</i>	<i>30,0</i>	<i>5,4</i>
<i>Trento</i>	<i>1,3</i>	<i>8,1</i>	<i>26,4</i>	<i>32,2</i>	<i>8,2</i>
Veneto	0,7	4,0	14,1	19,6	4,4
Friuli Venezia Giulia	0,8	2,6	7,2	8,2	2,5
Liguria	1,0	5,4	16,4	21,4	5,4
Emilia-Romagna	0,5	2,6	8,0	8,5	2,5
Toscana	0,6	2,4	7,6	10,6	2,6
Umbria	0,6	3,3	8,6	8,0	2,7
Marche	0,5	2,4	7,8	8,6	2,4
Lazio	0,8	4,3	15,2	27,6	5,4
Abruzzo	0,8	4,3	15,5	20,9	4,9
Molise	0,7	4,5	12,3	17,1	4,2
Campania	0,5	2,6	8,2	11,0	2,7
Puglia	0,9	4,6	14,9	17,6	4,7
Basilicata	0,7	3,4	10,2	13,3	3,4
Calabria	0,8	3,6	10,8	11,4	3,4
Sicilia	0,8	2,7	8,1	7,8	2,6
Sardegna	0,4	1,3	3,8	4,7	1,3
Italia	0,8	4,2	13,8	19,1	4,6

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Tassi (specifici e standardizzati per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime ordinario per riabilitazione per la classe 75 anni ed oltre, per regione - Anno 2008

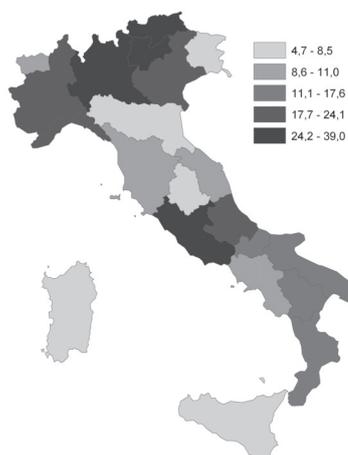


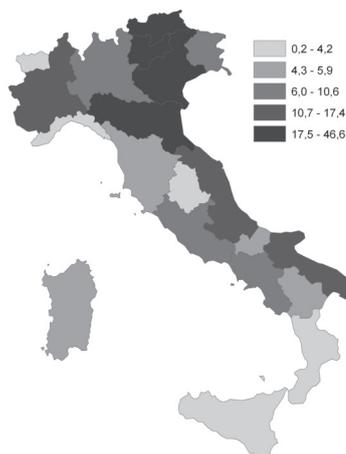
Tabella 3 - Tassi (specifici e standardizzati per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per lungodegenza, per regione - Anno 2008

Regioni	Classi di età			Tassi std
	0-64	65-74	75+	
Piemonte	0,3	3,4	14,3	1,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,0	0,0	0,2	0,1
Lombardia	0,1	1,8	7,8	0,9
Bolzano-Bozen	0,7	8,3	32,8	4,2
Trento	0,4	5,4	26,2	3,1
Veneto	0,3	4,1	18,4	2,2
Friuli Venezia Giulia	0,2	2,0	10,6	1,2
Liguria	0,0	0,2	0,4	0,1
Emilia-Romagna	0,9	11,1	46,6	5,7
Toscana	0,1	0,9	5,3	0,6
Umbria	0,1	0,7	1,9	0,3
Marche	0,8	4,0	17,4	2,5
Lazio	0,1	1,4	9,2	1,0
Abruzzo	0,4	3,9	14,1	1,9
Molise	0,2	1,5	5,7	0,7
Campania	1,0	3,3	7,5	1,8
Puglia	0,3	3,4	11,5	1,5
Basilicata	0,2	2,4	5,9	0,9
Calabria	0,5	2,4	4,2	1,0
Sicilia	0,1	1,4	3,8	0,6
Sardegna	0,1	1,1	4,3	0,6
Italia	0,3	3,1	12,5	1,6

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Tassi (specifici e standardizzati per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per lungodegenza per la classe 75 anni ed oltre, per regione. Anno 2008



Raccomandazioni di Osservasalute

La lettura congiunta degli indicatori esaminati evidenzia maggiori e più specifici bisogni assistenziali nelle fasce di età estreme, nonché una discreta variabilità regionale nell'accesso ad alcune forme di assistenza, quali la riabilitazione e la lungodegenza. Questo induce a porre un'adeguata attenzione nella

pianificazione dell'offerta sanitaria, al fine di migliorare la capacità di risposta del sistema ai bisogni di salute della popolazione ed a rendere più appropriato l'utilizzo dell'ospedale per le patologie acute e più efficace l'integrazione ospedale-territorio, a garanzia dell'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

Ricoveri ed accessi in Day Hospital, Day Surgery e “One Day Surgery”

Significato. Gli indicatori proposti si riferiscono all’attività di ricovero svolta nelle discipline per acuti in regime assistenziale diurno (Day Hospital-DH e Day Surgery-DS). Essi sono rappresentati dal numero di ricoveri e di accessi ai servizi ospedalieri diurni, numero medio di accessi per ricovero, ovvero durata media delle prestazioni erogate per cicli terapeutici diurni, e percentuale dei ricoveri di DS sul totale delle dimissioni in modalità diurna. A tali indicatori si aggiunge un ulteriore indicatore rappresentato dalla percentuale di ricoveri in “One Day Surgery”, rispet-

to al totale delle dimissioni con DRG chirurgico con degenza ordinaria. La modalità di ricovero in “One Day Surgery” consiste, infatti, in un ricovero per intervento chirurgico con degenza breve, non superiore alla durata di 1 giorno.

Gli indicatori forniscono misure di appropriatezza dell’utilizzo della struttura ospedaliera per acuti evidenziando la prevalenza dei casi medici su quelli chirurgici in ricovero diurno e l’erogazione di prestazioni ospedaliere in “One Day Surgery”.

Numero medio di accessi in Day Hospital e Day Surgery

Numeratore Accessi totali in regime di Day Hospital o Day Surgery

Denominatore Dimissioni totali in Day Hospital o Day Surgery

Percentuale di ricoveri in Day Surgery

Numeratore Ricoveri totali con DRG chirurgico in regime di Day Surgery

Denominatore Dimissioni totali in Day Hospital o Day Surgery

Percentuale di ricoveri in “One Day Surgery”

Numeratore Ricoveri totali con DRG chirurgico e giornate di degenza di 0-1 giorno in regime ordinario

Denominatore Dimissioni totali in regime di ricovero ordinario con DRG chirurgico

Validità e limiti. Nel calcolo del numero medio di accessi sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti in regime di DH e DS, effettuati presso tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale nell’anno 2008.

Per la selezione dei ricoveri in DS, ossia il secondo indicatore, si utilizza la classificazione DRG XIX versione con la specifica di DRG chirurgico.

Occorre cautela nella lettura dei dati a causa della diversa modalità di registrazione dei ricoveri in DH da parte delle regioni. In alcuni casi le regole regionali di dimissione seguono correttamente le indicazioni fornite a livello nazionale, cioè a completamento di un ciclo programmato di accessi, mentre in altri casi si effettua una dimissione amministrativa forzata, ad esempio trimestrale o mensile. Ciò determina in questi ultimi casi un incremento fittizio del numero di ricoveri. Inoltre, le differenze regionali rilevate nella percentuale di ricoveri in DS possono essere dovute ad una diversa organizzazione dell’offerta delle prestazioni in regime di Ricovero Ordinario (RO) ed in ambito ambulatoriale.

Nel calcolo della percentuale di ricoveri in “One Day Surgery” sul totale dei ricoveri chirurgici in regime

ordinario per la selezione dei ricoveri in “One Day Surgery”, si utilizza la classificazione DRG XIX, versione con la specifica di DRG chirurgico e durata della degenza di 0-1 giorno.

Per una migliore comprensione delle diciture riportate nelle tabelle, con DH si intendono le dimissioni per acuti con DRG medico o non classificato, mentre con DS le dimissioni con DRG chirurgico. Nello specifico la “One Day Surgery” riguarda i casi di dimissione in regime ordinario, con durata della degenza non superiore ad 1 giorno e DRG chirurgico.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi specifici. Si può ipotizzare come standard il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Il numero medio di accessi è pari, a livello nazionale a 3,69 accessi per prestazioni di tipo medico ed a 1,57 accessi per prestazioni di tipo chirurgico. La distribuzione regionale evidenzia una maggiore variabilità per le prestazioni di tipo medico, passando da 2,39 accessi medi della Puglia a 7,96 dell’Emilia-Romagna.

Su tale variabilità incidono le patologie trattate, ma

sicuramente anche le differenti modalità amministrative. Infatti, è rilevabile una correlazione inversa tra il numero medio di accessi e la numerosità dei ricoveri in DH, ad esempio in Emilia-Romagna ci sono 7,96 accessi medi a fronte di 87.577 dimessi, in Lombardia 3,10 accessi vs di 237.458 dimessi ed in Campania 2,90 accessi vs 286.426 dimessi.

Non si dimentichi l'utilizzo, talvolta improprio, della modalità assistenziale di DH per attività che potrebbero essere agevolmente effettuate in ambito ambulatoriale. Ciò in particolare si verifica per il DH diagnostico piuttosto che per quello terapeutico.

La percentuale di ricoveri in DS sul totale dei ricoveri diurni è in aumento rispetto agli anni passati e si

attesta al 46,42% nel 2008. La variabilità regionale è particolarmente significativa e denota un utilizzo differente dei regimi assistenziali ospedalieri. In generale, i valori sono decisamente più elevati nelle regioni del Centro-Nord, piuttosto che nelle regioni meridionali. Le regioni che presentano percentuali di DS più contenuti rispetto ai ricoveri diurni sono Lazio, Campania e Calabria, con percentuali che superano appena il 30%.

Anche le dimissioni in "One Day Surgery", che a livello nazionale rappresentano il 16,22% delle dimissioni in regime ordinario, presentano una elevata variabilità a livello territoriale. Si passa dal 5% circa della Toscana e Sicilia al 29% circa delle Marche.

Tabella 1 - Numero di ricoveri e numero medio di accessi in DH e DS per regione - Anno 2008

Regioni	DH			DS		
	Dimessi	Accessi	N medio accessi	Dimessi	Accessi	N medio accessi
Piemonte	93.673	401.364	4,28	193.333	213.768	1,11
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2.803	16.696	5,96	3.314	3.668	1,11
Lombardia	237.458	736.328	3,10	185.279	195.374	1,05
Bolzano-Bozen	9.711	35.838	3,69	15.638	17.624	1,13
Trento	6.869	37.769	5,50	19.250	24.002	1,25
Veneto	62.707	228.551	3,64	140.937	235.987	1,67
Friuli Venezia Giulia	21.076	122.085	5,79	29.585	53.989	1,82
Liguria	96.393	374.979	3,89	55.157	112.856	2,05
Emilia-Romagna	87.577	696.839	7,96	108.659	169.484	1,56
Toscana	89.070	441.413	4,96	118.496	139.149	1,17
Umbria	23.195	86.978	3,75	30.624	41.578	1,36
Marche	25.810	126.800	4,91	52.163	52.997	1,02
Lazio	257.320	895.267	3,48	116.478	291.861	2,51
Abruzzo	31.789	141.887	4,46	45.131	68.102	1,51
Molise	12.228	41.755	3,41	9.519	14.418	1,51
Campania	286.426	831.181	2,90	142.737	355.436	2,49
Puglia	118.939	283.676	2,39	91.676	142.998	1,56
Basilicata	24.070	76.945	3,20	16.964	37.722	2,22
Calabria	85.885	279.107	3,25	37.648	58.974	1,57
Sicilia	241.479	857.602	3,55	161.056	263.366	1,64
Sardegna	48.244	158.294	3,28	39.508	44.544	1,13
Italia	1.862.722	6.871.354	3,69	1.613.152	2.537.897	1,57

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Tabella 2 - Percentuale di ricoveri in DS e "One Day Surgery", per regione - Anno 2008

Regioni	DS	One Day Surgery
Piemonte	67,41	15,14
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	54,18	12,56
Lombardia	43,90	25,51
Bolzano-Bozen	63,61	7,35
Trento	73,70	7,40
Veneto	69,21	13,84
Friuli Venezia Giulia	58,40	25,63
Liguria	36,39	6,98
Emilia-Romagna	55,17	24,93
Toscana	57,17	5,49
Umbria	56,90	13,65
Marche	66,90	28,76
Lazio	31,33	11,76
Abruzzo	58,30	9,93
Molise	44,09	6,79
Campania	33,26	10,40
Puglia	43,53	17,42
Basilicata	41,34	9,33
Calabria	30,33	16,15
Sicilia	40,01	4,80
Sardegna	45,02	11,94
Italia	46,42	16,22

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

I recenti piani sanitari, nazionali e regionali propongono una revisione della rete ospedaliera esistente, ponendo, quale obiettivo prioritario un riequilibrio tra i livelli di assistenza sanitaria. A tal fine sono auspicabili: una riallocazione delle risorse, dalla cura alla prevenzione, dall'assistenza ospedaliera a quella territoriale; un incremento del ricovero diurno; la collocazione degli interventi riabilitativi e di lungodegenza in ambito residenziale e domiciliare; una programmazione sanitaria volta all'abbattimento dei tempi di attesa e l'adozione di sistemi di valutazione circa l'appropriatezza della modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

La riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri,

anche se risulta già avviata da alcuni anni, in particolare a seguito del DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei livelli di assistenza, è ancora piuttosto contenuta. I provvedimenti emanati nel 2001 per la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri hanno determinato un trasferimento di alcune prestazioni sanitarie in DH/DS con la conseguente contrazione del numero di ricoveri in degenza ordinaria.

Contemporaneamente, però, si è verificato un incremento, in alcuni casi significativo, della domanda per cui è necessario monitorare nel tempo il processo di ospedalizzazione, al fine di produrre misure correttive adeguate per la razionalizzazione della rete ospedaliera ed un'efficace integrazione della stessa con i servizi sanitari territoriali.

Ospedalizzazione per DRG medici e chirurgici

Significato. L'indicatore è elaborato in funzione del tipo di DRG generato dal ricovero: i Tassi di Dimissione (TD) per DRG medico e chirurgico sono messi a confronto per valutare il contributo fornito da ciascuna componente ai TD complessivi nell'ambito di ogni regione. Le differenze regionali sono state analizzate, inoltre, anche in funzione delle modalità di ricovero prevalentemente utilizzate (degenza ordinaria ovvero diurna).

La variabilità regionale del TD generale si riflette, naturalmente, anche sui TD per DRG Medici (TD Med) e Chirurgici (TD Ch). La variabilità geografica fornisce una rappresentazione abbastanza efficace delle politiche attuate dalle diverse regioni in termini di dimensione dell'offerta ospedaliera, di contrasto dei ricoveri inappropriati, di organizzazione dei servizi di Pronto Soccorso e di diagnosi strumentale e di decentramento dell'assistenza verso *setting* assistenziali extradegenza o verso i servizi distrettuali.

Le differenze del TD Med sono, in massima parte, spiegabili dalle variabili legate alla struttura dell'of-

ferita ed alle politiche organizzative di governo della domanda. Il TD Ch è, certamente, correlato alla dimensione dell'offerta, ma a tale riguardo è importante considerare anche altri fattori che determinano le caratteristiche del servizio reso in termini di accesso ed erogazione delle prestazioni chirurgiche, in particolare, quando si evidenziano situazioni di sovra o sotto utilizzo delle stesse. Tra questi fattori, l'operato dei medici e la capacità di scelta dei pazienti, rivestono un ruolo di rilievo. È noto, infatti, che le indicazioni all'intervento chirurgico non sono sempre definite univocamente dalle società scientifiche e/o non univocamente recepite dai professionisti e che l'asimmetria informativa tra medico e paziente, non sempre consente a quest'ultimo di valutare adeguatamente l'appropriatezza del percorso assistenziale proposto. Quest'anno si è deciso di analizzare le variazioni del TD, tra il 2001 ed il 2008, per valutare i diversi comportamenti delle regioni dopo l'introduzione dell'autonomia regionale in ambito sanitario.

Tasso di dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni per DRG medici e chirurgici}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

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

Validità e limiti. Nel calcolo del tasso di ospedalizzazione sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti escludendo i ricoveri per lungodegenza e riabilitazione. Quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina ed a popolazioni confrontabili per caratteristiche demografiche ed epidemiologiche, il TD esprime la domanda soddisfatta. Quando si confrontano dati relativi al complesso della casistica trattata in un determinato contesto geografico intervengono anche dei fattori confondenti per cui deve essere posta la massima attenzione alla possibile variabilità determinata da differenze demografiche ed epidemiologiche esistenti nelle diverse realtà. Per evitare di sottovalutare tali aspetti ed attenuare, almeno in parte, il fattore di confondimento dovuto alla diversa composizione per età della popolazione, i TD sono stati standardizzati per età con riferimento alla popolazione media residente in Italia nel 2001. Inoltre, qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime di Day Hospital (DH) medico, in quanto alcune regioni hanno adottato proprie modalità di registrazione dei cicli e degli accessi effettuati in regime diurno. Per i DRG chirurgici

occorre tenere conto del fatto che alcune regioni, soprattutto del Centro e del Nord, hanno attivato percorsi ambulatoriali extradegenza per l'esecuzione di interventi chirurgici di bassa complessità e con alta incidenza (ad esempio decompressione tunnel carpale, interventi sul cristallino etc.).

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per i tassi di ospedalizzazione dei ricoveri di tipo medico o chirurgico. Il confronto dei tassi regionali con il valore medio nazionale consente di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero per le 2 tipologie considerate. È opportuno, peraltro, precisare che, per i ricoveri di tipo medico, i TD più bassi possono fornire una misura abbastanza significativa delle reali capacità di contenere l'ospedalizzazione e contrastare l'inappropriatezza dei ricoveri. Al contrario, per i DRG chirurgici, gli scostamenti dalla media nazionale, sia in senso positivo che negativo, consentono solo una descrizione del fenomeno ed, in assenza di ulteriori e più approfondite indagini, non permettono di trarre conclusioni certe riguardo all'appropriatezza dell'offerta ed al governo della domanda.

Descrizione dei risultati

I DRG medici, nel 2008, rappresentano il 59,2% di tutti i ricoveri, mentre i DRG chirurgici il 40,8% (Tabella 1). In regime ordinario e diurno, i DRG medici rappresentano, rispettivamente, il 61,8% ed il 53,7% di tutti i DRG, mentre lo stesso confronto per i DRG chirurgici fornisce valori, rispettivamente, di 38,2% ed 46,3%.

Il confronto dei dati del 2001 rispetto a quelli del 2008 mostra che la quota rappresentata dai DRG medici negli ultimi anni si è sensibilmente ridotta (dal 65,0% al 59,2% di tutti i ricoveri) con un contributo molto alto della componente diurna passata dal 66,0% al 53,7%. Di converso, è aumentata la componente chirurgica tanto che, nel 2008, la quota rappresentata dai DRG chirurgici ha superato la soglia del 40%, seguendo un trend rilevato da anni anche a livello internazionale. Questo andamento è evidente per la componente in Ricovero Ordinario (RO), ma è soprattutto marcato per il ricovero in regime diurno, passato dal 34,0% al 46,3% di tutti i ricoveri diurni.

Dalle Tabelle 2-5 si evidenzia il contributo dei TD Med e Ch, rispettivamente pari a 106,6 e 73,4 per 1.000 abitanti.

Di seguito viene descritto il confronto dei dati regionali per i TD dei DRG medici e chirurgici.

TD DRG medici

Il valore medio nazionale del TD standardizzato per i DRG medici è passato da 111,4 per 1.000 nel 2007 a 106,6 per 1.000 nel 2008. Le Tabelle 2 e 3 ed il Grafico 1, illustrano l'elevata variabilità regionale del TD standardizzato per i DRG medici. La differenza rilevata tra il valore minimo del Friuli Venezia Giulia (76,4 per 1.000) ed il valore massimo della Campania (150,6 per 1.000), è pari a 74,2 ricoveri per 1.000 abitanti e, sebbene ancora molto ampia, mostra una lieve riduzione rispetto al 2007 (78,9 per 1.000).

Si registra una variabilità maggiore nella tipologia di ricovero in DH, con TD standardizzati che variano da 12,4 per 1.000 in Veneto a 52,6 per 1.000 in Campania, contro un valore medio nazionale pari a 30,5 ricoveri medici in DH per 1.000, dato in lieve riduzione rispetto al 2007, anno in cui il tasso è stato del 32,5 per 1.000. Il range del TD standardizzato in RO è più contenuto e presenta valori che oscillano tra il minimo di 55,9 per 1.000 del Piemonte ed il massimo di 98,6 per 1.000 della Puglia, contro un dato nazionale pari a 76,1 per 1.000, valore in lieve calo anche per questa componente (nel 2007 78,9 per 1.000).

L'analisi dei dati dimostra un evidente gradiente geografico dei TD standardizzati, sia per il RO che per il DH, con valori molto più elevati nelle regioni meridionali ed insulari del Paese e minori nelle regioni Centro-settentrionali, con qualche eccezione. In particolare, la Liguria, la Provincia Autonoma di Bolzano, il Lazio e tutte le regioni del Sud (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna) presentano un

tasso di ospedalizzazione complessivo sensibilmente superiore alla media nazionale. Per buona parte di queste regioni il risultato è determinato da un eccesso di ricoveri sia in RO che DH. La Liguria e la Basilicata presentano un TD standardizzato superiore alla media solo nel DH. La PA di Bolzano, l'Abruzzo e la Sardegna, al contrario, presentano un TD standardizzato elevato solo in RO ed un utilizzo del DH contenuto.

L'analisi dei trend, dal 2001 al 2008 (Tabelle 2-3; Grafici 2-4), evidenzia una riduzione costante del TD standardizzato nazionale per i DRG medici complessivo (dal 137,2 al 106,6 per 1.000) ed in RO (dal 102,2 al 76,1 per 1.000). Questa riduzione è presente in tutte le regioni ed è più evidente in Sardegna ed in Basilicata per il dato complessivo, mentre sempre in Basilicata ed in Abruzzo per il RO.

Per quanto riguarda il DH, il tasso nazionale presenta un lieve aumento fino al 2005 (dal 35,0 al 37,3 per 1.000), successivamente a questa data si registra un costante decremento fino al valore minimo del 30,5 per 1.000 toccato nel 2008.

Se consideriamo le singole regioni, per quanto riguarda i DRG medici in DH, tra il 2001 ed il 2005 assistiamo ad un doppio comportamento: mentre le regioni del Settentrione e del Centro, ad eccezione della PA di Bolzano, della Toscana e del Lazio, mostrano un tasso in diminuzione, le regioni meridionali, ad eccezione della Puglia e della Sardegna, presentano un valore in aumento. Dopo il 2005 si assiste ad una riduzione del valore in tutte le regioni (ad eccezione delle Marche).

TD DRG chirurgici

Le Tabelle 4 e 5 ed il Grafico 5 mostrano la distribuzione regionale del TD standardizzato per i DRG chirurgici. Rispetto ai DRG medici, la variabilità regionale del TD è sensibilmente inferiore e distribuita in maniera abbastanza omogenea tra ricoveri in RO e in Day Surgery (DS). Il range del TD generale oscilla tra il 64,3 per 1.000 abitanti della Toscana e l'85,4 per 1.000 della Valle d'Aosta, con un valore medio nazionale di 73,4 ricoveri per 1.000, confermando i valori registrati nel 2007.

Si rileva un leggero gradiente geografico con TD generalmente più alti nelle regioni del Centro e del Nord, specie per la quota di attività effettuata in DS, che per il 2008 risulta pari al 35,8% di tutti i ricoveri chirurgici. 4 regioni (Abruzzo, Piemonte, Valle d'Aosta e Marche) hanno un TD standardizzato superiore a 80 ricoveri chirurgici per 1.000 abitanti ed altre 6 regioni presentano tassi più contenuti, ma superiori alla media nazionale (PA di Trento e Bolzano, Liguria, Campania, Puglia e Sicilia). 6 regioni (Veneto, Toscana, Sardegna, Friuli Venezia Giulia, Lazio e Calabria) mostrano TD inferiori alla soglia dei 70 ricoveri per 1.000.

Il range dei TD in RO oscilla tra il valore minimo della Toscana (35,4 per 1.000) ed il massimo della Puglia (55,3 per 1.000), con un valore medio nazionale pari a

47,1 per 1.000. Per i ricoveri in DS la media nazionale è pari a 26,3 per 1.000, con valori massimi in Piemonte e PA di Trento (rispettivamente 39,9 e 38,7 per 1.000) e minimi in Lombardia (18,1 per 1.000).

L'analisi dei trend, dal 2001 al 2008 (Tabelle 4-5; Grafici 6-8), mostra che il TD standardizzato per i DRG chirurgici registra un lieve aumento dal 2001 al 2005 (dal 74,0 al 77,7 per 1.000) per ridursi successivamente fino al valore di 73,4 nel 2008. Dal 2001 al 2008 5 regioni presentano un tasso in diminuzione (Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Lazio), andamento che per alcune di queste regioni potrebbe dipendere in parte dal passaggio in regime ambulatoriale di alcuni interventi chirurgici di bassa complessità, mentre tutte le altre hanno un valore in aumento.

Tra il 2001 ed il 2008 il TD standardizzato nazionale per DRG chirurgici in RO si è ridotto da 56,0 a 47,1 per 1.000. Tale fenomeno si registra in tutte le regioni ad eccezione dell'Emilia-Romagna e della Valle d'Aosta.

Le regioni in cui si registra la riduzione più marcata sono la Liguria (dal 59,1 al 41,1 per 1.000) e l'Abruzzo (dal 65,8 al 48,2 per 1.000) che, comunque, nel 2001 presentavano un dato molto più elevato della media nazionale.

Per quanto riguarda il regime di DS si assiste ad un marcato incremento del TD standardizzato dal 2001 al 2005 (dal 18,0 al 28,1 per 1.000) e ad una successiva riduzione dal 2006 con un tasso nel 2008 pari a 26,3 per 1.000. L'analisi dei trend regionali mostra che tutte le regioni, tranne l'Emilia-Romagna, presentano un incremento tra il 2001 ed il 2005, mentre dal 2006 si assiste ad uno sdoppiamento del comportamento con alcune regioni che riducono sensibilmente il tasso. Tra queste spiccano il Lazio e la Lombardia e 13 regioni che presentano un tasso in ulteriore aumento (Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Bolzano e Trento, Toscana, Marche, Friuli Venezia Giulia, la maggior parte delle regioni meridionali e la Sardegna).

Tabella 1 - Distribuzione percentuale dei DRG Medici e Chirurgici nelle diverse componenti di ricovero - Anni 2001, 2008

Regime di ricovero	DRG Medici		DRG Chirurgici	
	2001	2008	2001	2008
Ordinario	64,6	61,8	35,4	38,2
Diurno	66,0	53,7	34,0	46,3
Totale	65,0	59,2	35,0	40,8

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Tabella 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici, per regione e regime di ricovero - Anni 2001-2004

Regioni	2001			2002			2003			2004		
	RO	DH	Totale									
Piemonte	74,0	29,2	103,2	67,2	27,4	94,5	63,8	24,5	88,2	61,2	23,6	84,8
Valle d'Aosta	90,4	39,4	129,7	80,5	36,0	116,5	76,7	26,3	103,0	72,2	26,7	98,9
Lombardia	93,5	33,0	126,4	86,0	32,6	118,6	80,1	31,8	111,9	76,9	31,2	108,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>126,7</i>	<i>13,5</i>	<i>140,1</i>	<i>119,6</i>	<i>17,4</i>	<i>137,0</i>	<i>113,3</i>	<i>20,0</i>	<i>133,3</i>	<i>103,6</i>	<i>21,7</i>	<i>125,3</i>
<i>Trento</i>	<i>93,9</i>	<i>19,3</i>	<i>113,2</i>	<i>86,8</i>	<i>16,2</i>	<i>103,0</i>	<i>80,3</i>	<i>16,9</i>	<i>97,2</i>	<i>76,1</i>	<i>16,7</i>	<i>92,8</i>
Veneto	88,2	24,5	112,7	82,1	23,8	105,9	77,5	22,7	100,1	73,4	22,2	95,6
Friuli Venezia Giulia	74,2	18,0	92,2	70,0	16,1	86,1	67,8	15,0	82,8	65,9	14,5	80,4
Liguria	97,7	54,8	152,5	89,9	52,5	142,5	85,0	52,1	137,1	79,9	55,4	135,3
Emilia-Romagna	85,3	29,0	114,3	80,1	25,0	105,1	76,3	23,9	100,2	73,4	22,9	96,4
Toscana	84,7	23,2	107,9	80,3	23,5	103,8	74,6	23,2	97,7	70,5	23,7	94,1
Umbria	94,4	38,8	133,1	89,1	33,1	122,3	84,8	30,9	115,8	81,3	30,1	111,3
Marche	96,5	24,0	120,6	87,6	22,3	109,9	80,5	17,6	98,1	77,8	17,2	95,0
Lazio	103,1	38,4	141,6	100,1	43,5	143,6	96,7	50,5	147,2	94,7	52,5	147,2
Abruzzo	137,0	40,6	177,5	134,9	43,6	178,4	125,8	43,6	169,4	126,2	45,3	171,6
Molise	131,1	14,0	145,1	125,3	19,9	145,3	115,5	36,2	151,7	113,9	39,0	152,9
Campania	118,2	38,6	156,8	114,1	41,6	155,7	109,0	46,9	155,9	107,0	53,0	160,0
Puglia	137,7	35,4	173,1	129,7	21,3	151,0	118,7	20,5	139,2	110,1	24,0	134,2
Basilicata	127,2	37,0	164,2	112,7	38,3	151,0	101,0	42,4	143,4	94,5	43,1	137,7
Calabria	132,5	38,2	170,7	127,2	43,8	171,0	118,3	50,2	168,5	114,0	47,1	161,0
Sicilia	122,0	53,7	175,7	125,3	62,8	188,1	116,5	66,9	183,3	111,0	70,9	181,9
Sardegna	110,5	61,4	171,9	114,1	56,3	170,5	112,4	52,4	164,9	110,5	50,5	161,0
Italia	102,2	35,0	137,2	97,3	35,0	132,3	91,5	35,9	127,4	87,9	36,9	124,8

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

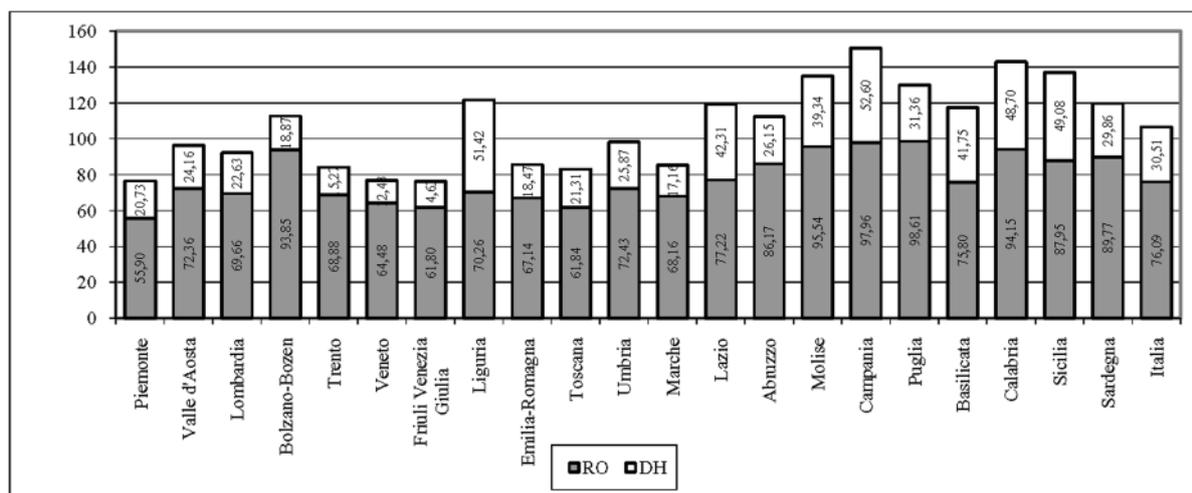
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Tabella 3 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici, per regione e regime di ricovero - Anni 2005-2008

Regioni	2005			2006			2007			2008		
	RO	DH	Totale									
Piemonte	60,3	22,8	83,0	58,8	22,5	81,3	57,4	21,2	78,7	55,9	20,7	76,6
Valle d'Aosta	70,0	26,2	96,2	67,5	26,1	93,6	71,4	26,2	97,5	72,4	24,2	96,5
Lombardia	75,7	31,1	106,9	73,6	29,1	102,7	71,3	24,0	95,3	69,7	22,6	92,3
Bolzano-Bozen	100,4	22,0	122,4	96,7	21,8	118,6	97,6	21,1	118,7	93,9	18,9	112,7
Trento	73,4	15,8	89,1	72,3	16,1	88,4	70,4	16,4	86,7	68,9	15,3	84,1
Veneto	71,3	21,1	92,4	68,5	19,7	88,2	66,0	16,2	82,2	64,5	12,4	76,9
Friuli Venezia Giulia	65,8	14,4	80,1	64,4	14,7	79,1	62,9	14,4	77,3	61,8	14,6	76,4
Liguria	76,6	54,8	131,5	74,2	52,7	126,9	71,6	51,1	122,7	70,3	51,4	121,7
Emilia-Romagna	71,6	20,5	92,0	69,5	19,3	88,8	68,5	18,8	87,3	67,1	18,5	85,6
Toscana	68,0	23,8	91,8	65,7	23,0	88,7	64,1	21,7	85,7	61,8	21,3	83,2
Umbria	78,3	27,8	106,1	75,6	27,0	102,6	74,5	26,1	100,6	72,4	25,9	98,3
Marche	75,1	16,8	91,9	72,2	16,6	88,8	69,5	17,2	86,8	68,2	17,2	85,3
Lazio	92,1	57,7	149,8	88,5	50,3	138,8	81,5	43,3	124,9	77,2	42,3	119,5
Abruzzo	122,7	46,8	169,5	116,6	41,7	158,2	96,7	29,0	125,7	86,2	26,2	112,3
Molise	113,9	40,2	154,1	110,3	40,6	150,9	106,0	39,5	145,5	95,5	39,3	134,9
Campania	105,4	56,0	161,3	104,4	54,4	158,8	100,3	52,7	152,9	98,0	52,6	150,6
Puglia	108,3	26,9	135,1	107,3	28,4	135,7	103,4	30,4	133,8	98,6	31,4	130,0
Basilicata	89,9	42,8	132,6	84,5	45,2	129,8	76,8	44,3	121,1	75,8	41,8	117,6
Calabria	108,5	48,1	156,5	105,6	49,4	155,0	98,0	47,0	145,0	94,2	48,7	142,8
Sicilia	103,5	70,3	173,7	101,7	72,9	174,6	92,7	63,5	156,2	88,0	49,1	137,0
Sardegna	109,0	47,5	156,6	101,7	33,3	135,0	94,0	31,8	125,7	89,8	29,9	119,6
Italia	85,4	37,3	122,7	83,0	35,7	118,8	78,9	32,5	111,4	76,1	30,5	106,6

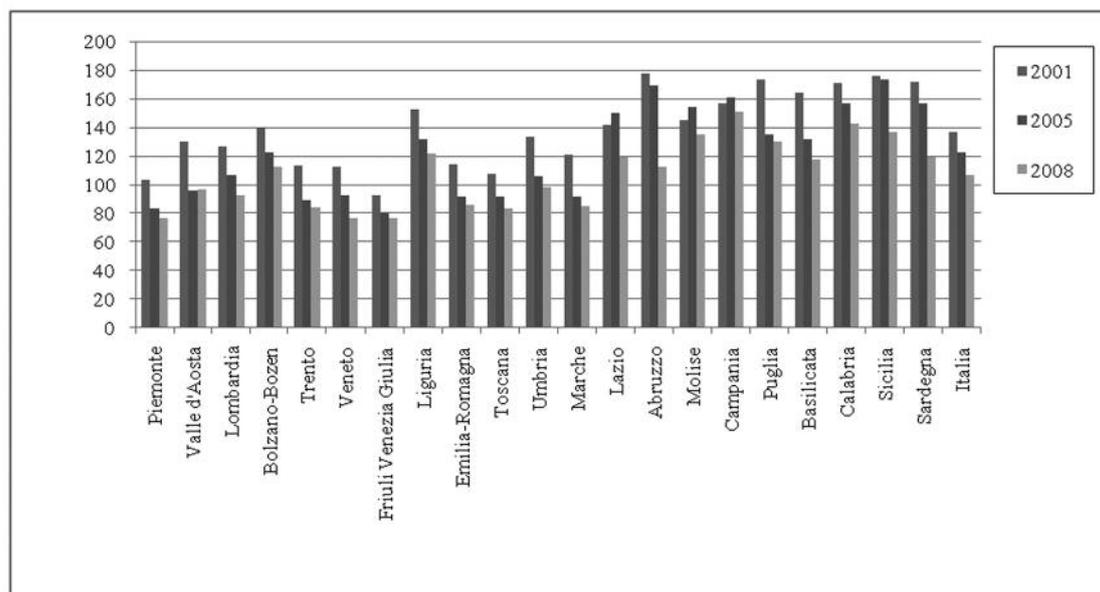
Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Grafico 1 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici, per regione e regime di ricovero - Anno 2008

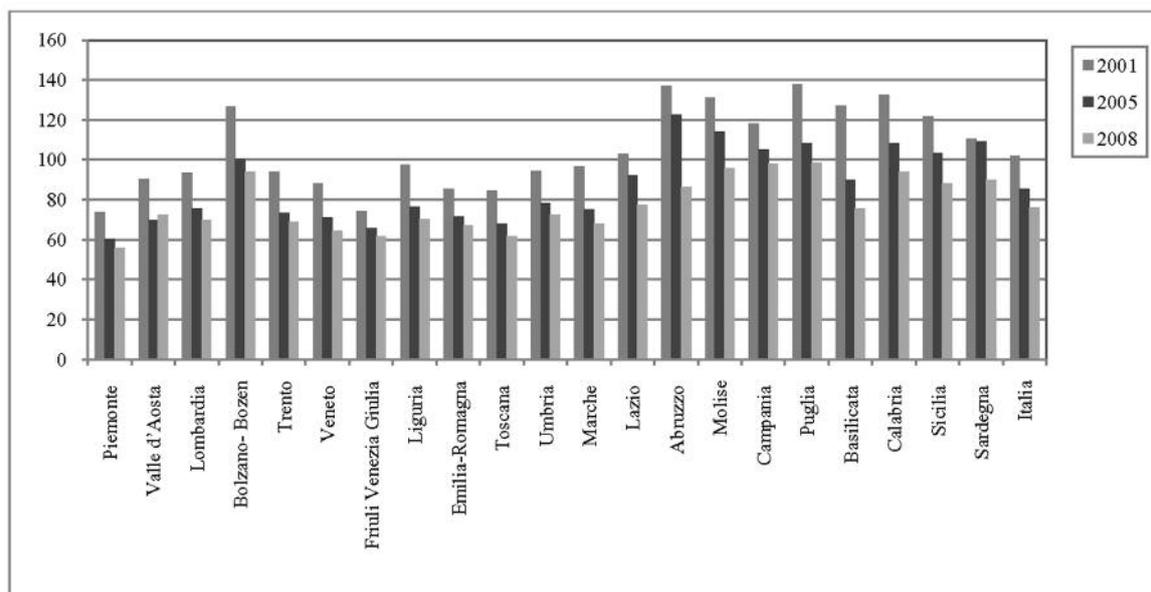
Fonte dei dati: Ministero della Salute - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Grafico 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici, per regione - Anni 2001, 2005, 2008

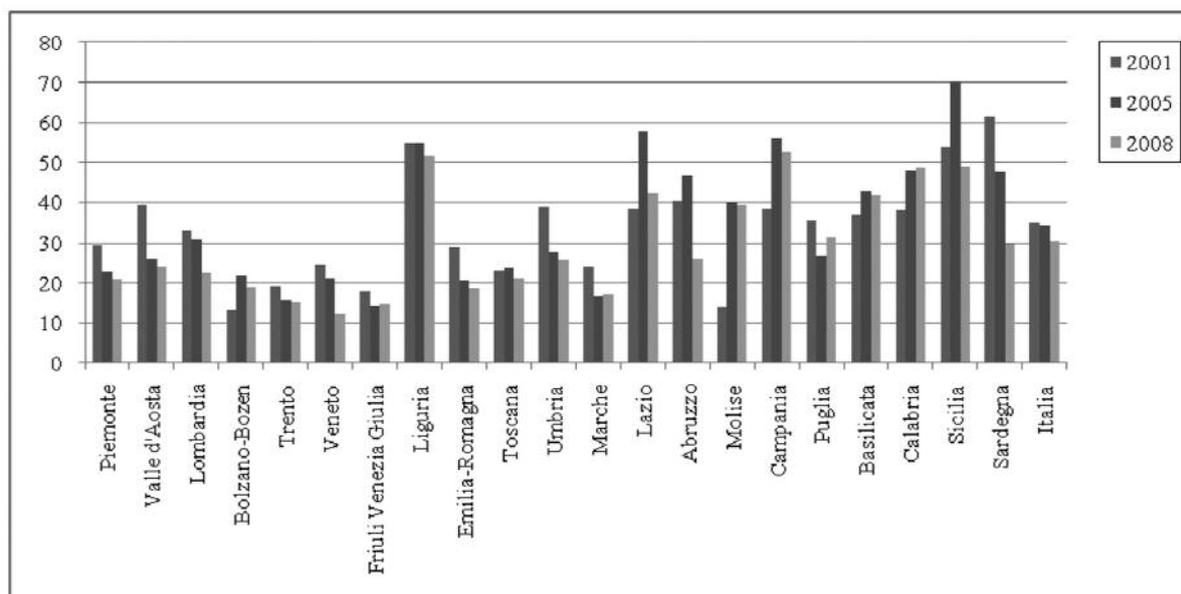


Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Grafico 3 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici in RO, per regione - Anni 2001, 2005, 2008



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Grafico 4 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici in DH, per regione - Anni 2001, 2005, 2008

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Tabella 4 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG chirurgici, per regione e regime di ricovero - Anni 2001-2004

Regioni	2001			2002			2003			2004		
	RO	DH	Totale									
Piemonte	51,3	20,0	71,3	45,5	27,1	72,6	43,9	31,8	75,7	43,8	35,9	79,6
Valle d'Aosta	52,8	15,9	68,7	52,1	21,0	73,1	51,0	25,0	75,9	53,3	27,4	80,6
Lombardia	63,6	20,4	84,0	61,4	24,4	85,8	57,9	25,7	83,6	57,6	27,1	84,6
Bolzano-Bozen	63,6	9,5	73,1	64,7	14,5	79,2	59,7	22,0	81,7	54,0	24,0	78,0
Trento	52,2	25,2	77,4	49,2	28,9	78,1	42,5	34,5	77,0	42,7	36,3	79,0
Veneto	51,1	29,1	80,1	48,3	32,4	80,6	45,1	35,1	80,2	45,0	33,5	78,5
Friuli Venezia Giulia	53,4	20,6	74,0	52,5	22,0	74,5	47,4	23,8	71,2	47,2	24,1	71,2
Liguria	59,1	16,4	75,5	51,0	28,2	79,3	44,8	35,0	79,9	43,9	40,4	84,3
Emilia-Romagna	46,2	29,3	75,5	47,4	29,7	77,1	48,0	27,1	75,1	49,4	26,3	75,7
Toscana	45,9	24,0	69,9	43,9	27,1	71,0	40,3	27,0	67,4	39,2	27,6	66,8
Umbria	45,0	27,0	72,0	41,4	30,4	71,7	39,7	32,2	71,8	40,6	32,9	73,4
Marche	55,3	23,6	78,8	54,5	23,8	78,3	50,3	26,9	77,1	52,5	27,6	80,2
Lazio	55,3	15,9	71,2	54,8	20,9	75,7	52,6	26,0	78,6	54,0	30,1	84,1
Abruzzo	65,8	14,0	79,8	64,4	17,6	82,1	59,7	19,9	79,6	61,4	23,2	84,6
Molise	63,5	2,0	65,5	61,4	6,5	67,9	55,4	14,7	70,0	59,5	16,1	75,6
Campania	59,9	6,6	66,5	57,1	12,2	69,3	53,7	17,1	70,8	53,8	20,4	74,2
Puglia	64,7	8,7	73,4	61,9	11,7	73,6	57,2	14,5	71,7	55,4	19,1	74,5
Basilicata	53,2	11,6	64,8	51,2	15,5	66,7	49,3	18,4	67,7	47,7	22,1	69,8
Calabria	57,0	9,0	66,0	56,6	11,3	67,9	51,6	14,2	65,8	52,5	15,8	68,2
Sicilia	55,4	14,7	70,1	59,1	19,6	78,7	53,0	28,5	81,4	50,6	34,7	85,3
Sardegna	53,3	8,0	61,3	55,4	10,1	65,6	53,0	13,5	66,4	52,5	17,1	69,6
Italia	56,0	18,0	74,0	54,4	22,1	76,5	51,0	25,3	76,3	50,9	27,6	78,5

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

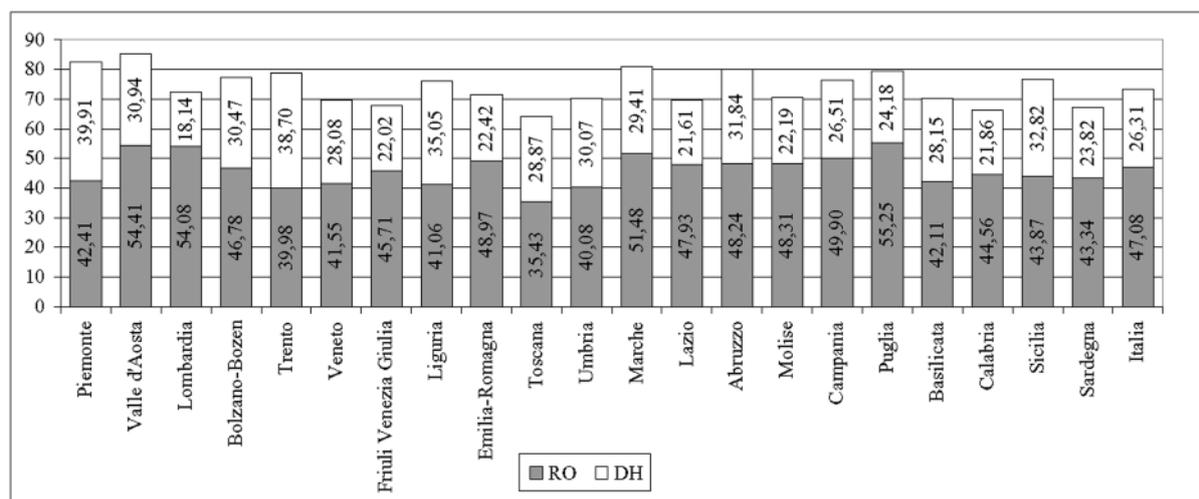
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Tabella 5 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG chirurgici, per regione e regime di ricovero - Anni 2005-2008

Regioni	2005			2006			2007			2008		
	RO	DH	Totale									
Piemonte	42,7	36,8	79,5	42,8	38,2	81,0	42,5	38,8	81,3	42,4	39,9	82,3
Valle d'Aosta	53,2	27,8	81,1	54,3	28,7	83,0	54,9	29,9	84,9	54,4	30,9	85,4
Lombardia	56,2	27,4	83,6	56,0	27,9	83,9	54,1	19,5	73,7	54,1	18,1	72,2
Bolzano-Bozen	50,2	27,0	77,1	49,0	28,1	77,1	47,7	30,3	77,9	46,8	30,5	77,3
Trento	41,4	36,7	78,1	40,3	38,0	78,2	40,8	38,0	78,8	40,0	38,7	78,7
Veneto	44,1	31,3	75,5	44,1	29,3	73,4	42,9	28,0	70,9	41,6	28,1	69,6
Friuli Venezia Giulia	46,8	22,5	69,3	46,9	21,7	68,6	47,0	21,1	68,1	45,7	22,0	67,7
Liguria	43,5	41,2	84,7	42,7	35,3	78,0	41,7	34,7	76,4	41,1	35,1	76,1
Emilia-Romagna	49,3	24,4	73,7	50,2	23,2	73,4	49,8	23,0	72,7	49,0	22,4	71,4
Toscana	38,0	27,4	65,4	36,9	28,1	65,0	36,0	28,4	64,4	35,4	28,9	64,3
Umbria	39,1	31,3	70,4	39,4	30,3	69,6	40,2	30,8	71,0	40,1	30,1	70,2
Marche	50,9	28,1	79,0	52,5	28,8	81,3	52,4	28,7	81,2	51,5	29,4	80,9
Lazio	54,0	33,6	87,6	52,5	26,8	79,3	48,9	21,3	70,2	47,9	21,6	69,5
Abruzzo	60,3	23,0	83,3	58,6	25,7	84,3	54,1	29,1	83,1	48,2	31,8	80,1
Molise	55,6	20,0	75,6	53,9	22,2	76,1	52,3	22,9	75,2	48,3	22,2	70,5
Campania	52,6	21,5	74,1	51,5	22,5	74,0	51,0	24,1	75,0	49,9	26,5	76,4
Puglia	53,7	20,9	74,6	56,2	21,7	77,9	56,8	23,0	79,8	55,3	24,2	79,4
Basilicata	43,2	23,5	66,7	44,9	25,9	70,8	43,0	26,9	69,9	42,1	28,2	70,3
Calabria	50,5	17,3	67,8	51,3	19,4	70,7	47,6	20,2	67,7	44,6	21,9	66,4
Sicilia	47,1	35,8	82,9	46,6	37,8	84,4	44,3	36,9	81,1	43,9	32,8	76,7
Sardegna	49,0	19,1	68,1	45,2	21,3	66,5	43,9	25,3	69,3	43,3	23,8	67,2
Italia	49,6	28,1	77,7	49,3	27,8	77,2	48,0	26,3	74,3	47,1	26,3	73,4

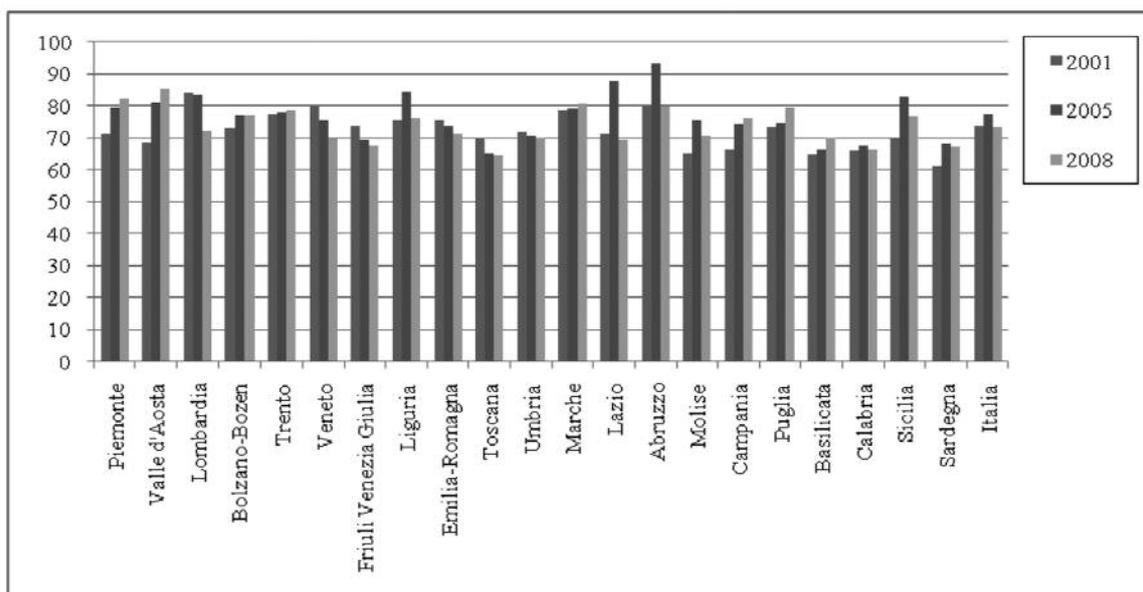
Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Grafico 5 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG chirurgici, per regione e regime di ricovero - Anno 2008

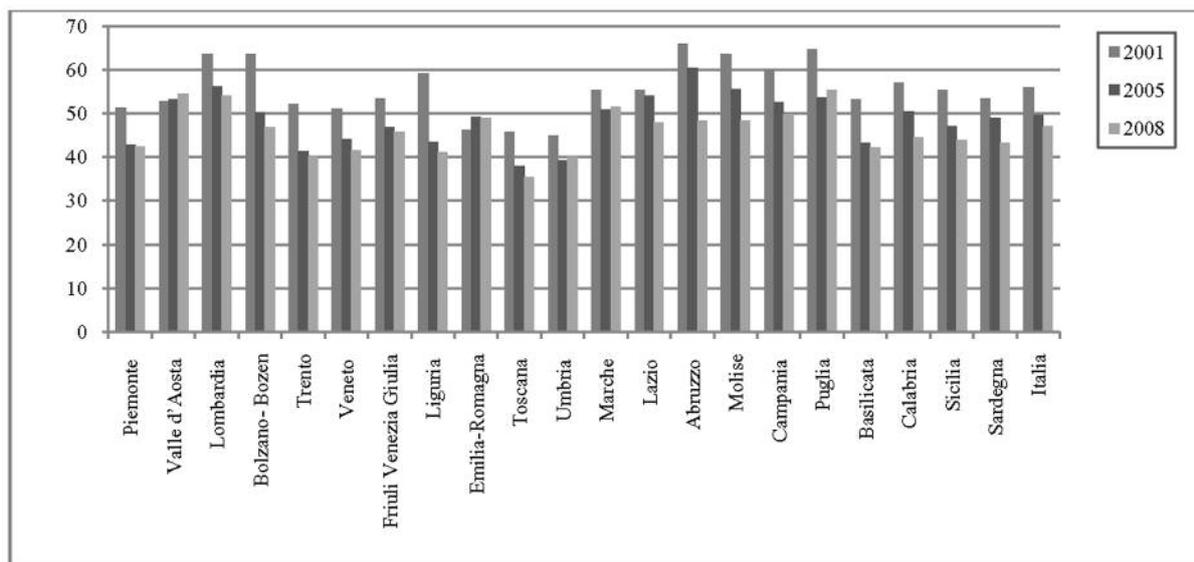
Fonte dei dati: Ministero della Salute - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Grafico 6 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG chirurgici, per regione - Anni 2001, 2005, 2008



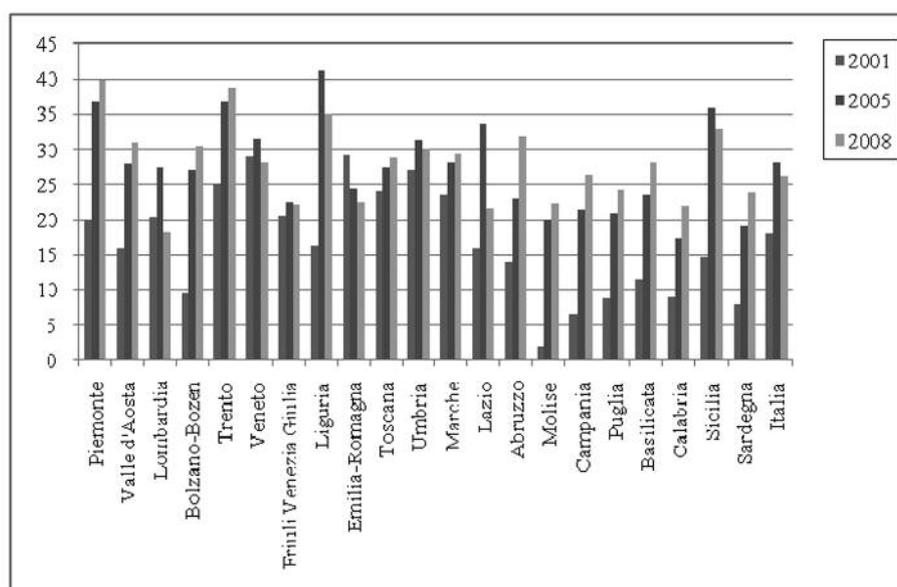
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Grafico 7 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG chirurgici in RO per regione - Anni 2001, 2005, 2008



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Grafico 8 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG chirurgici in DH, per regione - Anni 2001, 2005, 2008



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi delle variazioni del tasso di ospedalizzazione per DRG medici e chirurgici, tra il 2001 ed il 2008, consente di valutare l'efficacia delle politiche messe in campo nel periodo considerato dalle diverse regioni per ridurre l'ospedalizzazione e contrastare il fenomeno dell'inappropriatezza dei ricoveri.

Considerando il TD standardizzato per DRG medici, si è assistito ad una riduzione generalizzata del tasso dovuta, inizialmente, ad una contrazione della sola componente in RO. Negli stessi anni, soprattutto nelle regioni meridionali, è molto aumentato il ricorso all'ospedalizzazione in regime diurno, segno sia di un passaggio di parte delle attività di RO verso DH sia, in alcune situazioni, ad un incremento assoluto solo di questa componente. Successivamente, sulla spinta delle indicazioni di carattere normativo e della generale tendenza al potenziamento della rete diagnostica ambulatoriale e ad un più diffuso utilizzo del DS, il tasso per DRG medici in DH ha subito una contrazione evidente in tutte le regioni, comprese quelle meridionali.

Nonostante una riduzione complessiva e diffusa dei ricoveri medici, persiste, comunque, una forte variabilità regionale. Per allineare il TD dei ricoveri medici a quello delle regioni che presentano le migliori *performance*, occorre continuare ad introdurre misure correttive adeguate per razionalizzare la rete ospedaliera, finalizzando le azioni all'uso appropriato dell'ospedale per le patologie acute, ad una più efficace integrazione ospedale-territorio ed allo sviluppo dei servizi assistenziali distrettuali.

Per quanto riguarda i DRG chirurgici si è registrata,

negli anni considerati, una riduzione del tasso meno marcata rispetto ai DRG medici. Infatti, a fronte di una riduzione della componente in RO, si è assistito ad un costante e parallelo trasferimento di attività chirurgica minore verso il regime diurno. Questo trend generalizzato non è omogeneo nelle diverse realtà regionali e, quindi, è necessario adottare, soprattutto dove il fenomeno presenta ancora scostamenti significativi, interventi normativi e Linee Guida per definire i *setting* assistenziali più appropriati con l'obiettivo di trasferire verso il regime di DS un'ulteriore quota di attività ancora effettuata in RO. A tale riguardo occorre anche stabilire modalità tecniche ed organizzative per gestire in sicurezza, in regime ambulatoriale extradegenza, gli interventi chirurgici a basso rischio e bassa complessità.

Al fine di garantire equità di accesso e sicurezza delle prestazioni erogate, occorrerebbe anche chiedersi se il presunto eccesso o difetto di ospedalizzazione rilevato in alcune regioni per le attività chirurgiche sia da attribuire a differenze epidemiologiche (diversa incidenza/prevalenza delle patologie), organizzative (trasferimento degli interventi meno complessi in regime extradegenza), ovvero ad un sotto o sovra dimensionamento dell'offerta in grado, rispettivamente, di limitare o amplificare le possibilità di accesso alle prestazioni (domanda soddisfatta).

L'analisi condotta non consente di proporre evidenze o trarre conclusioni a tale proposito e, quindi, sarebbe auspicabile ed utile ampliare e raffinare il campo di indagine con studi *ad hoc* in grado di fornire ulteriori elementi di conoscenza al riguardo.

Degenza media

Significato. Un indicatore sintetico di efficienza ospedaliera, calcolabile per i ricoveri effettuati in regime ordinario, è rappresentato dalla degenza media, ovvero dalla durata media della degenza ospedaliera espressa in giorni. Questo indicatore, oltre a fornire una misura dell'efficienza operativa ed organizzativa ospedaliera, è fortemente influenzato dalla complessità di tipo sanitario-assistenziale dei casi trattati. Per approfondire l'analisi della degenza media si è proceduto alla standardizzazione di questo indicatore rispetto al *case mix*. La degenza media regionale standardizzata per *case mix* rappresenta il valore teorico-atteeso che si osserverebbe della degen-

za media, se ogni regione presentasse una casistica di ricoveri ospedalieri della medesima complessità di quella dello standard di riferimento. Tale standard di riferimento è la composizione per DRG dei dimessi dell'intera casistica nazionale.

In altre parole è una degenza media "non reale" o "attesa": una diminuzione di tale valore, a seguito della standardizzazione, sta a significare che la regione ha una casistica ospedaliera di complessità maggiore rispetto a quella nazionale; al contrario, un aumento della degenza media standardizzata indica la presenza di una casistica con minore complessità.

Degenza media*

Numeratore Giornate di degenza erogate in Regime Ordinario

Denominatore Dimissioni totali in Regime Ordinario

*La formula della standardizzazione per *case mix* è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. Nel calcolo della degenza media sono stati esclusi i ricoveri dei neonati sani e sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti, in regime di degenza ordinaria, effettuati da tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale.

La lettura della degenza media grezza e standardizzata non è sufficiente a descrivere l'efficienza ospedaliera.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi aggiornati sulla degenza media. Si è osservato, nel tempo, una progressiva tendenza alla riduzione della durata della degenza ospedaliera, sia per effetto dell'introduzione del finanziamento prospettico delle prestazioni ospedaliere, sia per le politiche sanitarie in materia di appropriatezza.

Descrizione dei risultati

La degenza media grezza nel 2008 si assesta a livello nazionale a 6,8 giorni. Un'analisi temporale della degenza media evidenzia che, nel periodo 2002-2008, essa è rimasta sostanzialmente stabile (Grafico 1) con

un lieve incremento nell'ultimo anno rilevato; considerando che è aumentata, nel tempo, la complessità della casistica trattata, in termini di peso medio dei ricoveri classificati con il sistema DRG, si osserva un chiaro miglioramento nell'utilizzo più efficiente dell'ospedale.

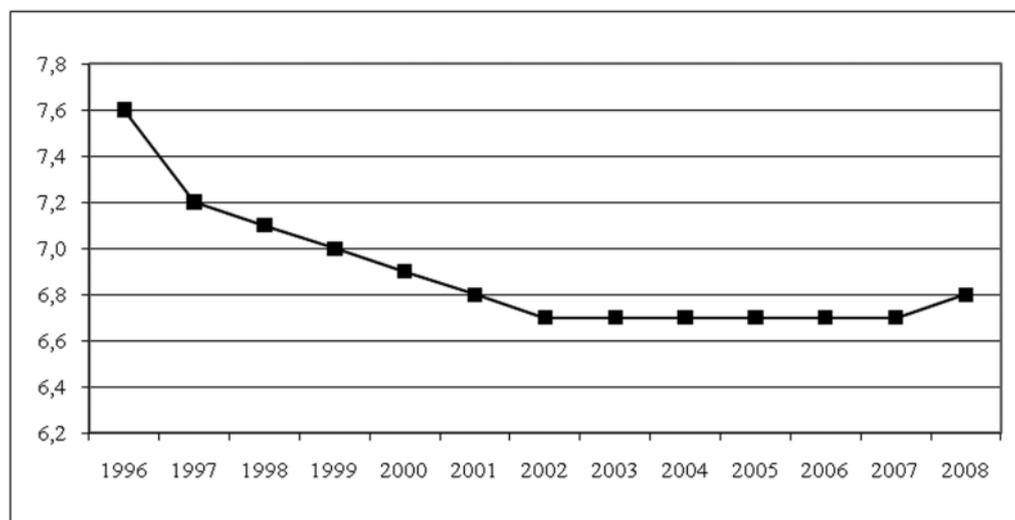
La degenza media standardizzata per *case mix* varia tra il valore minimo di 6,3 della Sicilia e della Campania al valore massimo di 7,8 della PA di Trento.

La distribuzione dei valori regionali evidenzia un gradiente Nord-Sud, con la tendenza per la maggior parte delle regioni del Nord alla diminuzione rispetto alla degenza media, dei valori assunti dalla degenza media standardizzata per *case mix*, indicativi di una maggiore efficienza operativa a parità di casistica trattata; nelle regioni del Sud, invece, incluso il Lazio, si osserva una tendenza all'aumento della degenza media standardizzata per *case mix*, che mette in evidenza una minore efficienza operativa, in termini di consumo di giornate di degenza, per il trattamento e la cura di una casistica con la stessa composizione per DRG di quella nazionale.

Tabella 1 - Degenza media (grezza e standardizzata per case mix) per regione - Anni 2005-2008

Regioni	2005		2006		2007		2008	
	Grezza	Std	Grezza	Std	Grezza	Std	Grezza	Std
Piemonte	8,1	7,5	8,1	7,5	8,1	7,5	8,2	7,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,4	7,6	8,5	7,6	8,1	7,4	7,9	7,6
Lombardia	6,5	6,6	6,5	6,6	6,6	6,8	6,6	6,9
<i>Bolzano-Bozen</i>	6,8	7,1	6,7	7,0	6,6	7,0	6,7	7,0
<i>Trento</i>	7,7	7,4	7,8	7,5	7,9	7,6	8,0	7,8
Veneto	7,9	7,4	7,9	7,6	8,0	7,7	8,0	7,7
Friuli Venezia Giulia	7,4	7,0	7,5	7,1	7,4	7,1	7,4	7,1
Liguria	7,8	6,9	7,8	6,9	7,8	6,9	8,0	7,0
Emilia-Romagna	6,6	6,3	6,6	6,3	6,6	6,4	6,5	6,4
Toscana	7,5	6,8	7,4	6,8	7,3	6,7	7,3	6,6
Umbria	6,3	6,2	6,3	6,2	6,4	6,3	6,5	6,4
Marche	6,9	6,8	6,9	6,8	6,9	6,8	6,9	6,9
Lazio	7,6	7,8	7,5	7,7	7,3	7,5	7,1	7,3
Abruzzo	6,0	6,6	5,8	6,4	6,2	6,5	6,6	6,7
Molise	7,1	7,5	7,0	7,3	6,9	7,2	6,9	7,2
Campania	5,4	6,2	5,4	6,2	5,4	6,3	5,5	6,3
Puglia	6,2	6,7	6,2	6,6	6,2	6,7	6,2	6,7
Basilicata	6,8	6,9	6,7	6,7	6,9	6,8	7,0	6,9
Calabria	6,3	6,9	6,2	6,8	6,3	6,9	6,4	6,9
Sicilia	5,8	6,1	5,9	6,2	6,0	6,2	6,1	6,3
Sardegna	6,7	7,4	6,7	7,3	6,8	7,3	6,7	7,2
Italia	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7	6,8	6,8

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Grafico 1 - Degenza media per acuti - Anni 1996-2008

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

Oltre alla valutazione del *case mix*, di per sè importante per una valutazione non distorta delle informazioni relative alla degenza in ospedale, è importante valutare allo stesso tempo le capacità organizzative delle strutture di ricovero in relazione alla disponibilità ed accessibilità dei servizi.

In ogni caso, le analisi temporali di questo indicato-

re, rilevano che vi sono ancora margini di miglioramento in termini di riduzione della degenza media ospedaliera, soprattutto se viene analizzata per tipologia di ricovero e per età dei pazienti. Si desume la necessità di collocare le cure di lungodegenza e di riabilitazione nella sfera dell'assistenza territoriale, per poterle gestire in modo diverso e separato dalle attività di ricovero per acuti.

Degenza Media PreOperatoria per le procedure chirurgiche

Significato. L'indicatore Degenza Media PreOperatoria (DMPO) illustra il tempo medio trascorso in ospedale in Ricovero Ordinario (RO) prima di eseguire un intervento chirurgico, il più delle volte per effettuare accertamenti diagnostici o altre attività terapeutiche ed assistenziali propedeutiche all'intervento stesso. Nella grande maggioranza dei ricoveri programmati tali attività possono, e dovrebbero, essere effettuate nel periodo pre-ricovero attraverso la rete ambulatoriale, il Day Service o il Day Hospital (DH). Per i ricoveri in urgenza da Pronto Soccorso è quasi sempre possibile snellire l'*iter* clinico ed assistenziale in degenza attraverso l'adozione di adeguati modelli organizzativi, come ad esempio percorsi diagnostici

preferenziali e sale operatorie e/o sedute chirurgiche dedicate. Il dato della DMPO può essere, pertanto, assunto come indicatore *proxy* della capacità di una struttura e di un determinato contesto organizzativo di assicurare una efficiente gestione del percorso preoperatorio in elezione e di pianificare con efficacia l'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica. Una elevata DMPO denota, generalmente, difficoltà di accesso ai servizi diagnostici ospedalieri od extraospedalieri alternativi al tradizionale ricovero che si traduce in un uso, potenzialmente inappropriato, dei posti letto e delle risorse umane e materiali riservate alla degenza ordinaria.

Degenza Media PreOperatoria per ricoveri ordinari*

Numeratore	Giornate di degenza preoperatoria per DRG chirurgici
Denominatore	Dimissioni con DRG chirurgici

*La formula della standardizzazione per *case mix* è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. L'indicatore non è influenzato da fattori confondenti quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina chirurgica. Quando si confrontano casistiche regionali che, verosimilmente, comprendono tutti i DRG chirurgici, deve essere posta la massima attenzione alla variabilità determinata dal diverso *case mix* trattato dalle realtà considerate. Pertanto, per rendere quanto più possibile significativo il confronto dei dati rilevati nelle singole regioni, la DMPO, degli anni 2005-2007, è stata standardizzata per il *case mix* trattato in ciascuna realtà indagata. Per la costruzione dell'indicatore sono state considerate tutte le procedure chirurgiche principali eseguite ad eccezione di quelle relative al Capitolo 16 "Miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche" della classificazione ICD-9-CM.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore medio nazionale può essere assunto come riferimento per il confronto delle diverse *performance*, mentre i valori più bassi di DMPO rilevati forniscono una misura significativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso assistenziale preoperatorio messe in atto, rispetto a valori di DMPO più elevati.

Descrizione dei risultati

La Tabella 1 mette a confronto i valori di DMPO standardizzati per *case mix* rilevati nel 2006-2008 per regione di ricovero.

In generale, la ricerca di efficienza, successiva

all'aziendalizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale, ha determinato una forte riduzione della DMPO già negli anni antecedenti a quelli considerati in questo contesto. Nel periodo in esame, la DMPO a livello nazionale, registra una riduzione assai modesta in rapporto ai potenziali margini di miglioramento che sono resi evidenti dalla estrema e costante variabilità dell'indicatore nel confronto tra le diverse regioni.

Tra il 2006 ed il 2008, la DMPO standardizzata ha subito una lievissima riduzione, mentre il *range* dei valori rilevati ha subito una diminuzione più marcata (Tabella 1 e Grafico 1).

Infatti, tra il 2006 ed il 2008, il *range* della DMPO standardizzata si è ridotto da 1,66 giorni (1,22 giorni della Valle d'Aosta contro 2,88 giorni del Lazio) a 1,27 giorni (1,38 giorni della Valle d'Aosta contro 2,65 giorni del Lazio).

Se analizziamo i dati regionali notiamo che le regioni del Nord e del Centro, escluso il Piemonte, il Veneto, la Toscana, le Marche ed il Lazio, hanno un valore in lieve aumento. Alcune regioni del Sud, che partivano tutte da un dato al di sopra della media nazionale, presentano un dato in calo, ad eccezione del Molise, della Campania, della Basilicata e della Calabria.

Nonostante questa riduzione delle differenze regionali, nel triennio considerato, si registra un valore al di sotto della media nazionale nella maggior parte delle regioni del Nord e del Centro. Continuano, invece, a presentare un dato al di sopra della media nazionale il Lazio, la Liguria e tutte le regioni del Mezzogiorno.

I dati rilevati, da una parte confermano l'efficacia del-

le misure adottate in alcune regioni, in particolare in quelle del Nord, per riorganizzare i percorsi assistenziali ospedalieri ed, al contempo, per migliorare l'accessibilità ai servizi diagnostici extraospedalieri in funzione dell'appropriatezza d'uso dell'ospedale, dal-

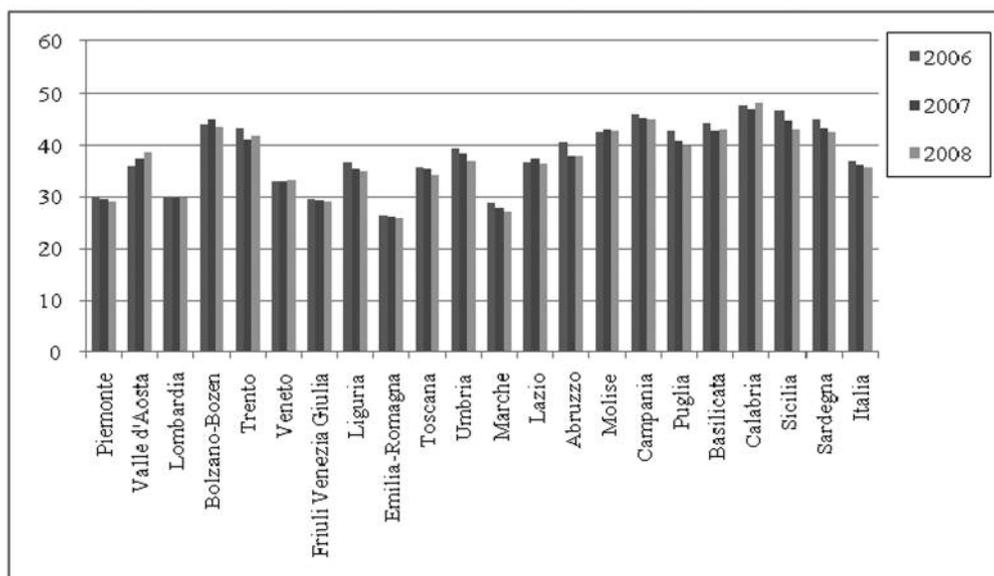
l'altra, mettono in evidenza i primi sensibili miglioramenti in alcune delle regioni che presentavano le situazioni più critiche, segno dei primi positivi effetti delle misure adottate in tal senso.

Tabella 1 - DMPO standardizzata per case mix in regime di RO per acuti e per tutte le procedure principali eseguite, per regione di ricovero - Anni 2006-2008

Regioni	2006	2007	2008
Piemonte	1,92	1,88	1,89
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,22	1,16	1,38
Lombardia	1,72	1,75	1,76
Bolzano-Bozen	1,57	1,59	1,61
Trento	1,83	1,90	1,98
Veneto	1,85	1,81	1,84
Friuli Venezia Giulia	1,46	1,56	1,57
Liguria	2,09	2,09	2,13
Emilia-Romagna	1,63	1,63	1,67
Toscana	1,87	1,79	1,71
Umbria	1,80	1,86	1,88
Marche	1,56	1,52	1,51
Lazio	2,88	2,82	2,65
Abruzzo	2,04	1,90	1,95
Molise	2,49	2,58	2,56
Campania	2,51	2,57	2,53
Puglia	2,40	2,38	2,31
Basilicata	2,37	2,34	2,38
Calabria	2,50	2,65	2,56
Sicilia	2,16	2,18	2,13
Sardegna	2,40	2,32	2,25
Italia	2,00	1,99	1,97

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Grafico 1 - DMPO standardizzata per case mix in regime di RO per acuti e per tutte le procedure principali eseguite, per regione di ricovero - Anni 2006-2008



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati di DMPO presentati riguardano sia i ricoveri programmati che quelli urgenti. Un'attenta gestione dei percorsi preoperatori per i ricoveri programmati e l'adozione di Linee Guida per codificare le prassi assistenziali ed organizzative da adottare per i ricoveri effettuati in urgenza, possono evitare, in entrambi i casi, attese ingiustificate e ritardi nell'esecuzione dell'intervento chirurgico. Ciò può portare a migliorare sensibilmente la gestione del percorso assistenziale del paziente, non solo in termini di efficienza, ma anche riguardo il gradimento, l'efficacia, la sicurezza e gli esiti degli interventi stessi. A tale proposito occorre considerare che diversi studi hanno dimostrato un'evidente correlazione tra una elevata DMPO e l'incidenza di infezioni ospedaliere preoperatorie. Si

aggiunga che, se il sistema di rimborso a prestazione e le opportunità offerte dall'evoluzione scientifica e tecnologica hanno favorito la progressiva riduzione della degenza media dei ricoveri chirurgici in degenza ordinaria, sia i clinici che varie organizzazioni di tutela dei pazienti ritengono più utile ed etico che la ricerca dell'efficienza ed il "guadagno" in termini di giornate di degenza risparmiate siano perseguiti soprattutto attraverso l'ottimizzazione dei percorsi preoperatori, piuttosto che con politiche assistenziali volte a favorire la dimissione precoce, a volte intempestiva, dei pazienti operati. Le evidenze rilevate e le considerazioni precedenti dovrebbero spingere tutte le regioni a monitorare con attenzione il fenomeno anche allo scopo di definire soglie massime di DMPO per i più frequenti DRG chirurgici.

Percentuale di interventi per frattura del collo del femore

Significato. La frattura del collo del femore è un evento frequente tra la popolazione anziana ed è spesso causa di mortalità e di peggioramento della qualità di vita. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrispondono un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, un aumento delle complicanze legate all'intervento ed una minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale (1, 2). Uno studio condotto in Italia e pubblicato nel 2010 mette in evidenza come la mortalità a 30 giorni, per i pazienti con età >65 anni operati per frattura di femore, sia 2 volte superiore nei pazienti operati dopo la seconda giornata di degenza rispetto ai pazienti operati entro 2 giorni (3). Il tempo di attesa per intervento per frattura di femore può essere consi-

derato come uno dei principali indicatori *proxy* della gestione clinica e della presa in carico del paziente stesso. Unità Operative o strutture ospedaliere che presentano tempi di attesa ridotti per interventi per frattura del collo del femore hanno, probabilmente, messo in campo dei modelli di gestione efficaci, non solo nella fase di accesso e preoperatoria, ma anche nelle fasi successive all'intervento (ad esempio riabilitativa), con possibili ricadute positive sugli esiti.

La percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro le 48 ore dal ricovero per pazienti con più di 65 anni viene monitorata, a livello internazionale, dall'OECD. Tale monitoraggio mostra che in Paesi come la Norvegia, la Svezia e la Finlandia, tra il 2004 e il 2005, il valore dell'indicatore è superiore o prossimo al 90%, mentre in Paesi come l'Italia e la Spagna è inferiore al 40% (4).

Percentuale di interventi per frattura del collo del femore

Numeratore	Dimessi con diagnosi principale di frattura del collo del femore che abbiano subito l'intervento entro 2 giorni dal ricovero	
		x 100
Denominatore	Dimessi totali con diagnosi principale di frattura del collo del femore	

Validità e limiti. Viste le numerose evidenze scientifiche, il tempo di intervento rappresenta un valido indicatore della qualità delle cure prestate ai pazienti over 65 anni con frattura del collo del femore.

È opportuno sottolineare che una quota di pazienti non potrà, comunque, essere operata entro le 48 ore perché, presentando comorbidità e complicanze cliniche, potrebbe in ogni caso richiedere più tempo per la stabilizzazione e ritardare, quindi, l'intervento chirurgico oltre i tempi auspicati.

Nella nostra rilevazione, il numeratore dell'indicatore è rappresentato dagli interventi eseguiti entro 2 giorni e non entro 48 ore perché le Schede di Dimissioni Ospedaliere da cui sono stati ricavati i dati, non rilevano un'informazione legata alle ore, bensì alle giornate di attesa per l'intervento.

Nel calcolo sono inclusi i ricoveri per acuti in regime di Ricovero Ordinario (RO), 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 età ≥65 anni, con DRG chirurgico.

Valore di riferimento/Benchmark. La letteratura non fornisce valori di riferimento univoci anche se la quasi totalità dei pazienti dovrebbe ricevere l'intervento il prima possibile. La *Scottish Hip Fracture Audit* suggerisce come ragionevole obiettivo operare entro 1 giorno dall'ammissione il 93% dei pazienti ricoverati per frattura del collo del femore (5). Per la situazione italiana, decisamente lontana dagli obiettivi indicati dalla letteratura scientifica, si potrebbe ipotizzare come valore di riferimento la media dei valori delle 3 regioni che presentano le migliori *performance*.

risce come ragionevole obiettivo operare entro 1 giorno dall'ammissione il 93% dei pazienti ricoverati per frattura del collo del femore (5). Per la situazione italiana, decisamente lontana dagli obiettivi indicati dalla letteratura scientifica, si potrebbe ipotizzare come valore di riferimento la media dei valori delle 3 regioni che presentano le migliori *performance*.

Descrizione dei risultati

In Italia (Tabella 1 e Grafico 1), la percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni, per pazienti con più di 65 anni, nel 2008 è uguale al 32,5%. Il valore dell'indicatore presenta una marcata variabilità regionale che va dall'81,7% della PA di Bolzano a circa il 17,0% di Lazio, Campania, Basilicata, Puglia e Sicilia, dato di molto inferiore a quello individuato come benchmark. Le regioni che presentano valori al di sotto della media nazionale sono il Piemonte, la Liguria, la PA di Trento, l'Umbria, il Lazio e tutte le regioni meridionali, ad eccezione dell'Abruzzo. Oltre alla PA di Bolzano, altre 3 regioni hanno valori superiori al 50% (Valle d'Aosta, Marche e Friuli Venezia Giulia).

Dal 2001 al 2008 il valore nazionale dell'indicatore ha subito solo un lievissimo incremento (dal 31,2% al 32,5%) e solo poche regioni hanno modificato sensibilmente la loro *performance*. La percentuale di interventi eseguiti entro 2 giorni dal ricovero ha registrato

un sensibile aumento in Valle d'Aosta, Toscana e Marche, mentre in Friuli Venezia Giulia, Liguria, Piemonte, Emilia-Romagna, Lazio, Sicilia e Sardegna l'aumento è stato meno marcato.

In alcune regioni (Puglia, Basilicata, Calabria e Campania) che nel 2001 presentavano una percentuale già inferiore alla media nazionale si è verificata nel periodo considerato un'ulteriore sensibile riduzione. Importanti riduzioni hanno interessato anche la PA di Trento (dove si è passati dal 53,9% del 2001 al 26,9% del 2008), la PA di Bolzano, il Veneto, l'Abruzzo ed il Molise che comunque presentavano situazioni di

partenza molto migliori o almeno superiori alla media nazionale.

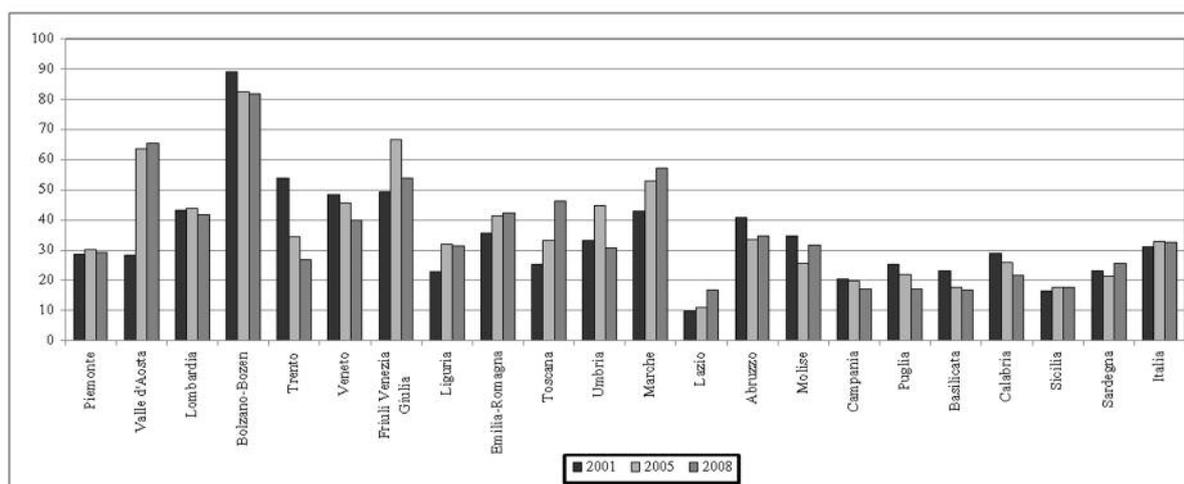
Dall'analisi delle variazioni annuali dei dati in Tabella 1 risalta la Valle d'Aosta, che tra il 2002 ed il 2003, ha avuto un forte incremento (dal 36,4% al 63,2%) del valore considerato. Questa variazione potrebbe essere il risultato di modifiche dei processi assistenziali e della gestione dei pazienti, avvenute nell'unica struttura di ricovero che eroga in regione il tipo di intervento di interesse, che hanno determinato miglioramenti in un breve lasso di tempo con un consolidamento del risultato nel periodo successivo.

Tabella 1 - Percentuale di pazienti operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore, per regione - Anni 2001-2008

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Piemonte	28,5	28,1	32,1	31,3	30,2	30,7	30,4	29,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	28,3	36,4	63,2	56,9	63,4	70,9	70,6	65,4
Lombardia	43,1	43,3	43,3	45,0	43,7	40,8	41,4	41,6
Bolzano-Bozen	89,2	88,2	86,2	82,5	82,4	79,6	81,7	81,7
Trento	53,9	56,7	50,8	41,4	34,4	27,6	27,4	26,9
Veneto	48,4	43,6	48,2	48,3	45,8	42,9	41,0	39,8
Friuli Venezia Giulia	49,4	51,3	56,6	59,7	66,6	62,7	62,4	53,8
Liguria	23,0	22,8	22,1	31,2	32,0	36,2	31,4	31,4
Emilia-Romagna	35,5	35,3	36,2	36,8	41,5	41,9	42,6	42,4
Toscana	25,3	29,5	34,1	34,2	33,1	32,7	37,4	46,4
Umbria	33,1	28,7	30,0	34,8	44,9	41,7	33,0	30,9
Marche	42,8	44,4	46,3	48,1	52,9	52,0	52,5	57,2
Lazio	9,9	10,4	13,4	12,7	11,0	11,8	14,7	16,9
Abruzzo	40,8	36,9	37,9	33,8	33,6	35,8	34,8	34,9
Molise	34,8	27,0	28,1	32,5	25,7	27,2	24,3	31,8
Campania	20,6	21,9	21,5	19,9	19,7	19,5	17,9	17,0
Puglia	25,4	27,5	25,0	22,1	22,0	21,1	17,7	17,1
Basilicata	23,1	20,1	15,5	19,7	17,7	16,6	18,1	16,9
Calabria	29,0	26,5	27,1	26,2	25,8	23,6	20,6	21,7
Sicilia	16,5	17,3	16,9	17,2	17,7	19,2	18,7	17,6
Sardegna	23,2	18,6	18,8	13,7	21,4	21,7	25,6	25,5
Italia	31,2	31,0	32,4	32,5	32,8	32,2	32,1	32,5

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Grafico 1 - Percentuale di pazienti operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore, per regione - Anni 2001, 2005, 2008



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

Dai dati presentati è evidente che in Italia la percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni per pazienti con più di 65 anni abbia nel tempo valori piuttosto bassi e stabili nel tempo rispetto alle *performance* registrate in altri Paesi occidentali ed alle raccomandazioni presenti in letteratura.

Le possibili cause del ritardo dell'intervento per frattura del collo del femore possono essere sia cliniche che organizzative. Le cause cliniche sono legate alle condizioni del paziente, mentre quelle organizzative sono spesso legate alla disponibilità di sale operatorie e di sedute 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 con l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa per l'intervento in seguito a frattura del collo del femore riguardano, pertanto, sia l'ambito clinico che quello organizzati-

vo. Si può prevedere, come è già accaduto in alcune realtà italiane, la definizione e l'adozione di un percorso per il paziente fratturato (percorso orto-geriatrico) che va dal primo soccorso alla riabilitazione e che prevede un approccio integrato tra più specialisti e professionisti (anestesista, internista, chirurgo, fisiatra, infermieri e fisioterapisti).

Riferimenti bibliografici

- (1) Acute management and immediate rehabilitation after hip fracture amongst people aged 65 years and over. Wellington, NZ: New Zealand Guidelines Group, June 2003.
- (2) Management of hip fracture in older people. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guideline Network. June 2009.
- (3) 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 Apr 8. [Epub ahead of print].
- (4) Health Care Quality Indicator Project 2006. OECD.
- (5) 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: <http://www.shfa.scot.nhs.uk>.

Utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inappropriatelyzza

Significato. L'indicatore descrive l'entità di utilizzo del Day Hospital (DH) nella popolazione residente rispetto al Ricovero Ordinario (RO) per i 26 DRG medici elencati nell'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 e definiti "ad alto rischio di inappropriatelyzza" se erogati in regime di degenza ordinaria. L'indicatore consente, pertanto, di monitorare direttamente il raggiungimento dei valori soglia fissati dalle singole regioni rispetto alla percentuale di trasferimento in DH dei DRG in esame, come previsto da specifiche indicazioni contenute in un successivo accordo della Conferenza Stato-Regioni del 1 agosto 2002. In coerenza con le indicazioni dello stesso DPCM, diverse regioni hanno ampliato la gamma dei DRG "potenzialmente inappropriati" che le strutture sanitarie possono trattare in un *setting* assistenziale diverso dal RO con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse. A tale riguardo, anche se non riferibile alla casistica in esame, è opportuno sottolineare che anche la prevista revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attualmente in discussione e non ancora approvata, presenta una ulteriore cospicua estensione del *set* dei DRG potenzialmente inappropriati se erogati in RO, tanto che il

Patto per la Salute 2010-2012 approvato il 3 dicembre 2009, prevede che la vecchia lista di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 possa essere integrata dalle singole regioni in base alla nuova lista in via di definizione.

È importante sottolineare che la percentuale di ricoveri in DH, se analizzata isolatamente, non è espressione di appropriatezza e non consente di valutare compiutamente il fenomeno dei ricoveri medici impropri poiché influenzata da 2 variabili molto importanti: il tasso di dimissioni ospedaliere (TD) ed i volumi di prestazioni alternative effettuate in regime ambulatoriale e di Day Service.

In assenza di dati attendibili ed uniformi sul territorio riguardo i volumi di attività ambulatoriale, la relazione tra la percentuale di DH ed il tasso standardizzato di dimissione (TSD) per età per i DRG in esame può fornire sia una misura indiretta dell'accessibilità e dell'utilizzo dei servizi ambulatoriali distrettuali in funzione della complessiva riduzione dei ricoveri considerati e sia consentire una valutazione della reale efficacia delle azioni adottate dalle regioni per migliorare l'appropriatezza organizzativa ed il corretto utilizzo del DH per tali DRG.

Percentuale di ricoveri in Day Hospital per i DRG medici a rischio di inappropriatelyzza

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere in Day Hospital*}}{\text{Dimissioni ospedaliere in regime ordinario ed in Day Hospital*}} \times 100$$

Tasso di dimissioni ospedaliere per i DRG medici a rischio di inappropriatelyzza**

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (modalità ordinaria + Day Hospital)*}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

*Per i 26 DRG medici considerati.

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

Validità e limiti. Dopo l'emanazione del DPCM 29 novembre 2001, tutte le regioni hanno individuato, in tempi diversi, i valori soglia di ammissibilità dei RO per i DRG che l'allegato 2C considera "ad alto rischio d'inappropriatelyzza". I valori soglia individuati a livello delle singole regioni sono, tuttavia, sensibilmente differenti. Tale variabilità è dovuta alle diverse caratteristiche ed agli orizzonti temporali delle azioni messe in campo per migliorare l'appropriatezza d'uso delle strutture di ricovero che hanno condizionato sia la scelta degli obiettivi che i risultati conseguibili nel medio periodo. Inoltre, alcune regioni che hanno introdotto ulteriori limitazioni dell'ammissibilità dei RO, in molti casi hanno esteso gli interventi alla rete

distrettuale, prevedendo azioni e percorsi per trasferire attività e prestazioni tipiche dei DRG considerati in un contesto di extradegenza ospedaliera (ambulatorio, Day Service). Tali motivi devono, perciò, indurre una certa cautela quando si effettuano confronti tra le diverse realtà regionali rispetto all'utilizzo del DH per i DRG a rischio di inappropriatelyzza. La percentuale di ricoveri in DH per i DRG in esame può essere calcolata sui dimessi per regione di ricovero o sui dimessi per regione di residenza. Il calcolo sulla regione di ricovero valuta il comportamento dei produttori, ma non consente di effettuare corrette correlazioni con il tasso di ospedalizzazione dei DRG presi in esame. Per effettuare questa importante correlazione verranno

presentati i dati relativi alla percentuale di utilizzo del DH per tutti i DRG medici a rischio di inappropriatezza calcolati sui dimessi per regione di residenza relativamente al triennio 2006-2008. Una verifica effettuata sui dati complessivi ha permesso, infatti, di rilevare che le differenze esistenti tra le 2 modalità di analisi non sono sostanziali. Tuttavia, nell'interpretazione dei risultati, occorre tenere presente che il dato calcolato sui dimessi per regione di residenza comprende anche una quota più o meno elevata di pazienti trattati, a causa della mobilità passiva, presso strutture di altre regioni che potrebbero avere prassi e regole di accesso ai servizi difforni rispetto alla regione di residenza del paziente.

Oltre a presentare i tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere, sia per RO che per DH, relativamente al triennio 2006-2008, si presenterà il confronto, per l'anno 2008, tra la percentuale di utilizzo del DH ed il tasso di ospedalizzazione rilevato nelle singole regioni per i DRG medici in esame.

La percentuale di ricovero in DH consente di valutare l'appropriatezza del *setting* assistenziale, mentre il confronto con i rispettivi tassi di ospedalizzazione rende evidente, per ogni regione, l'impatto delle azioni attuate in termini di riconversione dei ricoveri in degenza ordinaria e di ricoveri complessivamente "risparmiati".

Valore di riferimento/Benchmark. In coerenza con la normativa di riferimento, un'elevata percentuale di DH rappresenta il trend a cui tendere, ma solo in presenza di un basso TSD per il complesso dei 26 DRG oggetto di analisi. In ragione dell'interdipendenza dei 2 parametri si ipotizza, pertanto, un valore di riferimento ottimale caratterizzato da una percentuale di DH superiore e da un TSD inferiore ai rispettivi valori medi nazionali, o meglio ai rispettivi valori mediani.

Descrizione dei risultati

Per migliorare l'appropriatezza organizzativa dell'ospedale ogni regione ha dovuto promuovere strategie di intervento ed azioni che, sebbene coerenti con le indicazioni del DPCM, fossero innanzitutto compatibili con il proprio contesto organizzativo di riferimento. Gli interventi attuati presentano, pertanto, caratteristiche ed importanza di grado diverso, anche se riconducibili ad alcune fondamentali categorie (come ad esempio: abbattimenti tariffari di tali DRG, adozione di sistemi di controllo esterno, coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, sviluppo di programmi per il trasferimento nel regime ambulatoriale di prestazioni specialistiche complesse, disincentivazione economica in rapporto alle soglie di ammissibilità etc.). Le stesse soglie di ammissibilità in RO stabilite a livello regionale, come già sottolineato, sono state individuate con criteri e modalità differenti e, quindi, devono indurre una certa cautela quando si

effettuano confronti tra le diverse realtà regionali.

A distanza di oltre 6 anni dalle indicazioni poste dal DPCM 2001, l'analisi della percentuale di ricoveri in DH per i 26 DRG medici a rischio di inappropriatezza, relativamente al periodo 2006-2008, indica ancora rilevanti differenze nei valori ed anche trend di segno opposto nelle diverse realtà regionali (Tabella 1 e Grafico 1).

Al contrario, a livello nazionale l'andamento dell'indicatore è sostanzialmente stabile negli ultimi 3 anni. Nel 2008, il valore medio nazionale (40,8%), risulta leggermente superiore a quello registrato nell'anno precedente (40,7%) e poco inferiore al valore del 2006 (41,2%).

La variabilità regionale risulta molto ampia con valori distribuiti in modo non omogeneo intorno alla media (*range* compreso tra il 20,0% della PA di Trento ed il 58,5% della Liguria). Come nella passata rilevazione, 11 regioni registrano valori più bassi della media nazionale, mentre 10 presentano valori superiori (Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lazio, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia).

Rispetto al 2006, le regioni presentano un comportamento molto vario, in 5 regioni si registra una riduzione della percentuale di utilizzo del DH per i DRG considerati (con riduzione maggiore in Lombardia ed Abruzzo), in 10 si registra un aumento (quella con un incremento maggiore è la Puglia) ed in 6 non si evidenziano sostanziali variazioni.

L'esame del TSD per i 26 DRG medici a rischio di inappropriatezza consente di aggiungere ulteriori elementi di analisi al fenomeno dell'inappropriatezza di tali ricoveri. In particolare, il trasferimento in DH di una quota di RO a rischio di inappropriatezza dovrebbe essere attuato mantenendo invariato il TSD complessivo, ovvero riducendolo ulteriormente in funzione del ricorso a forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero.

Il TSD del 2008 per i DRG medici a rischio di inappropriatezza presenta una distribuzione caratterizzata da un'elevata variabilità con un *range* di valori molto ampio (da 9,3 per 1.000 del Piemonte a 33,8 per 1.000 della Campania) ed una media nazionale pari a 19,1 ricoveri per 1.000 abitanti. Ad eccezione della PA di Bolzano, del Lazio e della Liguria, le regioni del Centro-Nord presentano TSD per i DRG in esame inferiori alla media nazionale, mentre tutte le regioni del Sud (ad eccezione dell'Abruzzo) mostrano una distribuzione di segno opposto (Tabella 2).

Rispetto agli anni precedenti si rileva una costante e sensibile diminuzione del TSD a livello nazionale (da 22,9 per 1.000 del 2006 a 19,1 per 1.000 del 2008) ed un andamento analogo, o al più una sostanziale stabilità, a livello delle singole regioni. Per quanto riguarda i TSD dei ricoveri in RO e DH, si osserva una riduzione sia a livello nazionale che a livello regionale ad

eccezione di Valle d'Aosta e Puglia che registrano un aumento dei TSD dei ricoveri in DH e la Valle d'Aosta anche in RO.

L'analisi congiunta della percentuale di ricoveri effettuata in DH e dei TSD ospedalieri per i DRG medici a rischio di inappropriatazza, considerando come valori di riferimento il valore mediano dei 2 indicatori, fornisce 4 diverse rappresentazioni che riassumono con efficacia la situazione, i risultati conseguiti ed i possibili obiettivi di programmazione nelle varie realtà regionali (Grafico 2):

1) le regioni che associano un TSD superiore ed una percentuale di utilizzo del DH inferiore rispetto alla mediana esprimono situazioni in controtendenza rispetto alle indicazioni del DPCM 2001. Un utilizzo improprio ed ampio del regime di RO dovrebbe, innanzitutto, essere contrastato con un migliore utilizzo del DH, ma, per ridurre l'eccesso di ospedalizzazione, dovrebbero essere parallelamente avviate azioni dirette a contenere la domanda di ricovero attraverso il potenziamento dei servizi diagnostici ed assistenziali distrettuali. In questa situazione si trovano 3 regioni (Provincia Autonoma di Bolzano, Sardegna ed in parte l'Abruzzo che si posiziona sul valore mediano del TSD);

2) le 8 regioni che si posizionano nell'area caratterizzata da TSD e percentuale di utilizzo del DH superiori rispetto alla mediana esprimono un sovrautilizzo delle strutture di ricovero, in specie diurno, che potrebbe denotare una scarsa offerta e/o accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali. Molise, Lazio, Liguria, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia registrano un andamento in tal senso che dovrebbe indurre a porre particolare attenzione, oltre

che alla riduzione della domanda di ricovero, all'effettiva utilità ed appropriatezza d'uso del DH;

3) l'area caratterizzata da TSD inferiore e percentuale di utilizzo del DH superiore ai rispettivi valori medi, rappresenta una situazione teoricamente ottimale rispetto alle indicazioni normative. Si collocano in questa posizione, che esprime un ricorso minimo al RO per il set dei DRG medici a rischio di inappropriatazza ed un ampio utilizzo del DH e dei servizi extradegenza, il Piemonte, la Valle d'Aosta ed in parte la Toscana, che si posiziona sul valore mediano della percentuale di DH;

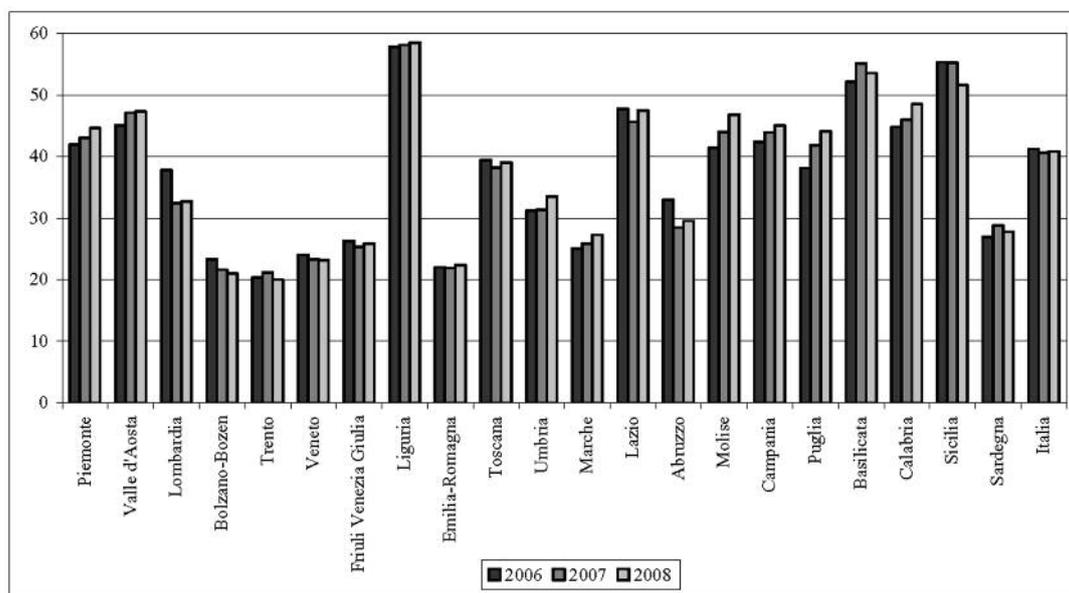
4) le regioni che presentano un TSD ed una percentuale di DH inferiore alla media nazionale dimostrano come sia possibile adottare efficaci politiche di contrasto del fenomeno dell'inappropriatazza dei ricoveri contrastando anche un inappropriato ed eccessivo utilizzo del DH. Le azioni intraprese in queste regioni (PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Umbria, Lombardia e Marche) hanno, probabilmente, interessato oltre che il settore ospedaliero anche l'individuazione di percorsi diagnostici terapeutici extradegenza e l'attivazione di modelli organizzativi alternativi al DH, sul tipo del Day Service. È evidente che in queste realtà l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione per i DRG medici a rischio di inappropriatazza è stata giocata sia sul fronte del RO che del DH, facendo leva sul livello di offerta, su migliori *performance* e sull'accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali e distrettuali.

Purtroppo, le lacune informative ancora esistenti riguardo alla rilevazione delle attività ambulatoriali, costituiscono un limite per un'oggettiva ed esaustiva valutazione delle azioni rivolte in questa direzione.

Tabella 1 - Percentuale di utilizzo del DH e variazioni percentuali per i DRG medici a rischio di inappropriatezza, per regione - Anni 2006-2008

Regioni	2006	2007	2008	Δ % 2006-2008
Piemonte	42,0	43,0	44,6	6,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	45,1	47,1	47,3	4,9
Lombardia	37,8	32,4	32,7	-13,5
Bolzano-Bozen	23,3	21,6	21,0	-9,9
Trento	20,4	21,2	20,0	-2,0
Veneto	24,1	23,3	23,2	-3,7
Friuli Venezia Giulia	26,3	25,3	25,8	-1,9
Liguria	57,8	58,1	58,5	1,2
Emilia-Romagna	22,0	21,9	22,4	1,8
Toscana	39,4	38,2	39,0	-1,0
Umbria	31,2	31,4	33,5	7,4
Marche	25,1	25,9	27,3	8,8
Lazio	47,8	45,7	47,5	-0,5
Abruzzo	33,0	28,5	29,6	-10,3
Molise	41,4	44,0	46,8	13,0
Campania	42,4	44,0	45,0	6,1
Puglia	38,1	41,8	44,2	16,0
Basilicata	52,1	55,1	53,6	2,9
Calabria	44,8	46,0	48,5	8,3
Sicilia	55,3	55,2	51,6	-6,7
Sardegna	26,9	28,8	27,8	3,3
Italia	41,2	40,7	40,8	-1,0

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Grafico 1 - Percentuale di utilizzo del DH per i DRG medici a rischio di inappropriatezza, per regione - Anni 2006-2008

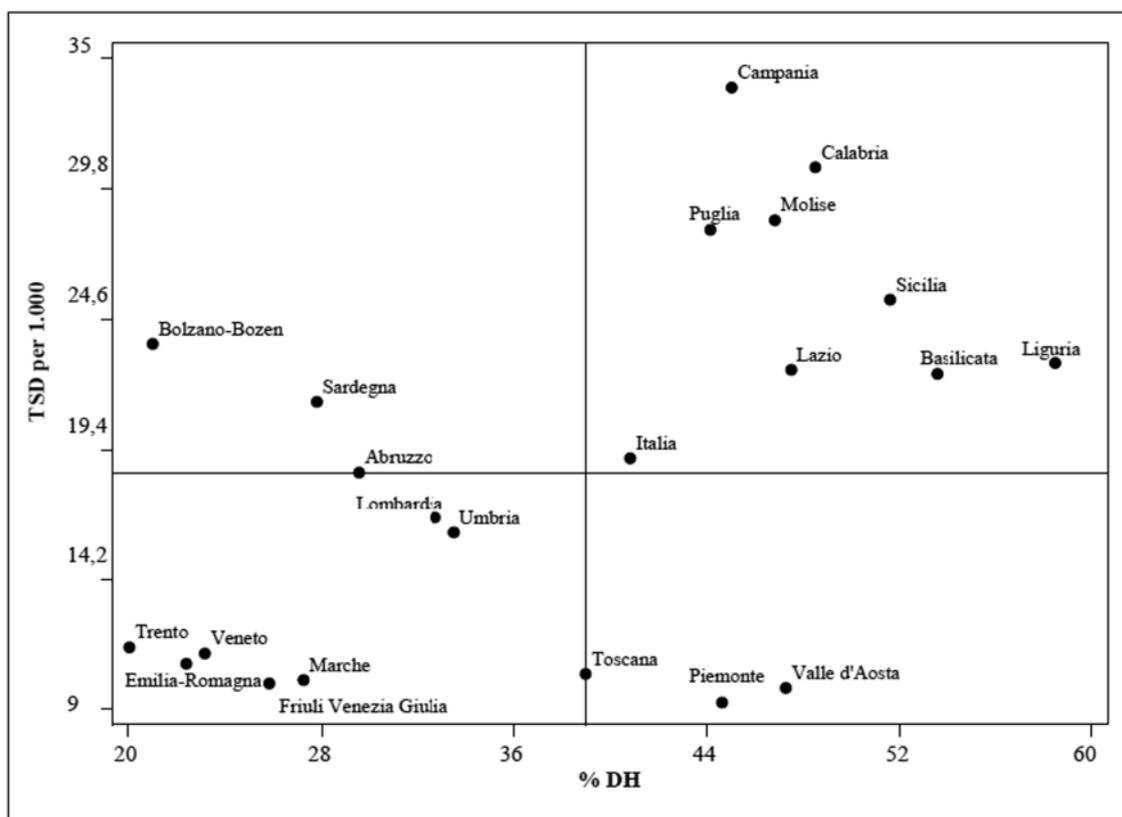
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Tabella 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per i DRG medici a rischio di inappropriatazza, per regione e regime di ricovero - Anni 2006-2008

Regioni	2006			2007			2008		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	6,0	4,6	10,6	5,57	4,3	9,9	5,1	4,2	9,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4,5	3,7	8,2	5,0	4,5	9,5	5,2	4,6	9,8
Lombardia	12,1	7,3	19,4	11,5	5,5	17,0	11,2	5,5	16,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>19,9</i>	<i>5,8</i>	<i>25,7</i>	<i>19,8</i>	<i>5,6</i>	<i>25,1</i>	<i>18,8</i>	<i>4,8</i>	<i>23,6</i>
<i>Trento</i>	<i>10,1</i>	<i>2,6</i>	<i>12,7</i>	<i>9,4</i>	<i>2,6</i>	<i>12,0</i>	<i>9,1</i>	<i>2,3</i>	<i>11,5</i>
Veneto	9,9	3,2	13,1	8,9	2,7	11,7	8,6	2,6	11,2
Friuli Venezia Giulia	7,5	3,05	10,6	7,2	2,8	10,1	7,2	2,9	10,0
Liguria	9,7	14,2	23,9	9,2	13,7	23,0	9,1	13,8	22,8
Emilia-Romagna	8,8	2,7	11,5	8,5	2,6	11,1	8,1	2,6	10,8
Toscana	6,7	4,7	11,4	6,4	4,3	10,7	6,1	4,3	10,4
Umbria	11,6	5,6	17,1	10,9	5,3	16,2	10,4	5,6	16,0
Marche	8,38	3,0	11,4	7,6	2,9	10,4	7,2	2,9	10,2
Lazio	15,0	13,8	28,7	12,9	11,0	24,0	11,8	10,8	22,6
Abruzzo	21,9	11,3	33,2	15,4	6,5	21,9	12,8	5,69	18,5
Molise	20,0	14,7	34,8	17,2	14,0	31,2	14,9	13,6	28,5
Campania	21,5	15,7	37,2	19,6	15,3	34,9	18,7	15,1	33,8
Puglia	18,2	11,4	29,7	16,8	12,2	29,0	15,7	12,5	28,2
Basilicata	12,2	13,6	25,8	10,0	12,6	22,6	10,3	12,1	22,4
Calabria	18,9	15,5	34,4	16,8	14,4	31,2	15,7	15,0	30,6
Sicilia	17,7	22,3	40,1	14,4	18,1	32,5	12,2	13,2	25,4
Sardegna	20,1	7,4	27,5	16,1	6,6	22,6	15,4	6,0	21,3
Italia	13,4	9,5	22,9	12,0	8,3	20,3	11,2	7,9	19,1

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Grafico 2 - Percentuale di utilizzo del DH e tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per i DRG medici a rischio di inappropriatazza, per regione - Anno 2008

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi svolta conferma che, le indicazioni del DPCM 2001, sebbene in molte regioni siano rispettate ed in molti casi positivamente superate grazie all'adozione di efficaci politiche volte a contrastare il fenomeno dell'inappropriato uso dell'ospedale, in alcune regioni (quelle del primo e del secondo gruppo del Grafico 2) non hanno ancora sortito l'effetto atteso. Occorre, pertanto, continuare a promuovere azioni mirate alla riduzione della domanda di ricovero ed al progressivo trasferimento dell'attività di degenza ordinaria in DH e nella rete dei servizi ambulatoriali e distrettuali, senza trascurare l'esigenza di disporre di maggiori informazioni rispetto all'offerta ed all'accessibilità dei servizi ambulatoriali al fine di valutare compiutamente alcuni importanti determinanti dell'inappropriatezza dei ricoveri.

Rispetto a questo ultimo aspetto, il confronto dei dati, 2006-2008 conferma che in un numero sempre maggiore di regioni non sembra logico perseguire ancora l'obiettivo di trasferire attività di RO in DH e di incrementare la quota di ricovero in tale ambito. Infatti, avendo già agito sulla domanda e sulla struttura dell'offerta, tali realtà registrano TSD molto bassi, costanti decrementi dell'attività di DH per i DRG considerati e sembrano avere aperto un nuovo fronte che pone al centro dei percorsi diagnostici e terapeutici il livello di assistenza ambulatoriale distrettuale anche per prestazioni di una certa complessità. Tali nuove evidenze suggeriscono l'utilità di rimodulare le rispet-

tive ipotesi di analisi e di programmazione.

In termini di analisi, oltre ai parametri studiati, per rendere più robuste le valutazioni a livello delle singole regioni, sarebbe opportuno considerare anche il tasso di dimissione al netto dei ricoveri di 1 giorno in RO, valutare meglio la natura di tali accessi, per lo più diagnostici, ed avviare, anche solo localmente, rilevazioni omogenee sulle tipologie di attività di diagnostica ambulatoriale che hanno dimostrato di avere un impatto positivo sul fronte dell'appropriatezza dei ricoveri.

In termini di programmazione, occorre che sia concretamente recepita e perseguita l'indicazione della Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che abbassa a 180 per 1.000 abitanti il tasso di ospedalizzazione generale, che siano applicate le linee di programmazione sull'appropriatezza dell'ospedalizzazione stabilite nel Patto per la Salute 2010-2012 e che sia valutata l'opportunità che in tutte le regioni i DH di tipo medico siano sempre più sostituiti da modelli di organizzazione sul tipo del Day Service, in quanto livello di erogazione delle prestazioni maggiormente appropriato rispetto al ricovero. In una prospettiva di progressiva deospedalizzazione di alcune patologie, con la garanzia di adeguate condizioni organizzative, potrebbe essere opportuno prevedere specifiche penalizzazioni tariffarie per le prestazioni erogate in regime di DH in modo da incentivare il ricorso a modelli di erogazione meno onerosi ed altrettanto efficaci riguardo la qualità dell'assistenza erogata.

Ospedalizzazione con DRG medici da reparti chirurgici

Significato. L'indicatore è tra quelli previsti dal DM 12 dicembre 2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" e misura la quota di pazienti ricoverati e dimessi da un reparto chirur-

gico ospedaliero in cui si eseguono procedure diagnostiche e terapeutiche che non esitano in un intervento operatorio.

Percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medici

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Dimissioni ospedaliere da reparti chirurgici con DRG medici
Dimissioni ospedaliere da reparti chirurgici

Validità e limiti. In associazione ad altri indicatori dell'assistenza ospedaliera (tasso di ospedalizzazione, tasso di utilizzo delle strutture etc.) l'indicatore consente di misurare l'appropriato utilizzo dei reparti chirurgici ed è in grado di fornire indicazioni utili per valutare la corretta programmazione dell'offerta ospedaliera, in termini di adeguato dimensionamento delle Unità Operative (UO) di degenza afferenti alle aree delle discipline mediche e chirurgiche, e di adeguata definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici, sia intra che extra ospedalieri.

Se analizzato da solo, è importante premettere che una quota di pazienti dimessi da reparti chirurgici con DRG medici, è fisiologica e non del tutto eliminabile in quanto, anche a seguito di un corretto percorso assistenziale e di un idoneo inquadramento diagnostico, per le possibili evoluzioni delle condizioni cliniche, alcuni pazienti potrebbero non aver più necessità in quell'episodio di ricovero di un intervento chirurgico precedentemente previsto.

L'indicatore è, peraltro, robusto quando si confrontano reparti della medesima disciplina inseriti in contesti ospedalieri omogenei per *mission* e dimensionamento. Il confronto su base regionale consente di avere un quadro abbastanza preciso circa l'appropriato utilizzo dell'insieme dei reparti chirurgici anche se, per una corretta interpretazione dei risultati, occorre tenere conto delle diverse variabili che possono condizionare il dato. Tra queste si devono considerare particolari condizioni organizzative, come nel caso di ospedali di piccole dimensioni in cui le attività dei Dipartimenti di Emergenza non sono ancora del tutto strutturate, le situazioni in cui non sono attivate le funzioni di Triage e le Unità di Osservazione Breve nei Pronto Soccorso, ovvero non sono stati definiti adeguati Percorsi Diagnostico Terapeutici per alcune patologie *borderline* tra competenze di tipo internistico e chirurgico (esempio colica renale, dolore addominale etc). In questi casi le UO chirurgiche sono spesso obbligate a farsi carico direttamente, anche in regime di degenza ordinaria, dell'*iter* diagnostico di

molteplici quadri patologici che non esiteranno in una terapia chirurgica.

Valore di riferimento/Benchmark. Non sono presenti valori di riferimento dell'indicatore di tipo normativo. Il valore medio delle 3 regioni con migliore *performance* può fornire una misura concreta dei risultati che è possibile conseguire agendo sulla programmazione della struttura dell'offerta e sulla moderna organizzazione delle attività ospedaliere.

Descrizione dei risultati

La Tabella 1 ed il Grafico 1 mostrano che, la proporzione media nazionale di dimissioni da reparti chirurgici con un DRG medico nell'anno 2008, è del 35,7%. Dal 2006, il valore nazionale ha subito una lieve, ma costante riduzione (37,0% nel 2006 e 36,3% nel 2007). Nei 3 anni considerati, 16 su 21 regioni hanno diminuito il valore dell'indicatore, tra queste la Sicilia, la Puglia e l'Abruzzo in modo più consistente; 4 regioni presentano un incremento, lieve per quanto riguarda Molise, Calabria e Veneto, più consistente per quanto riguarda la Valle d'Aosta.

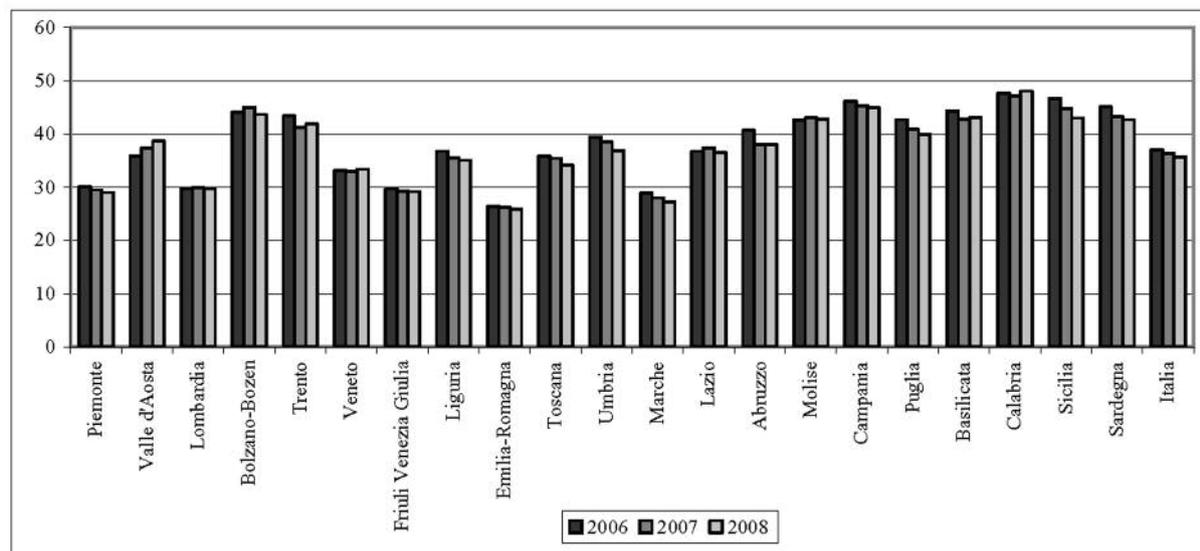
Il dato del 2008, come, peraltro, quelli relativi agli anni precedenti, presenta una elevata variabilità regionale ed un evidente gradiente tra le regioni settentrionali e meridionali. Presentano valori al di sotto della media nazionale tutte le regioni del Centro e del Nord, ad eccezione delle Province Autonome di Bolzano e Trento, della Valle d'Aosta, dell'Umbria e del Lazio. Tutte le regioni del Sud e le Isole presentano, senza eccezioni, valori al di sopra della media nazionale.

Le regioni con le percentuali più basse sono l'Emilia-Romagna, che registra anche il valore minimo (25,9%), le Marche (27,2%), il Piemonte (29,0%), il Friuli Venezia Giulia (29,2%) e la Lombardia (29,8). Le regioni dove si registrano i valori più alti sono, oltre alla Calabria che segna il valore massimo (48,1%), la Campania (45,0%), la PA di Bolzano (43,7%) e la Basilicata (43,1%).

Tabella 1 - Percentuale di dimissioni con DRG medici da reparti chirurgici per regione di ricovero - Anni 2006-2008

Regioni	2006	2007	2008
Piemonte	30,1	29,5	29,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	35,9	37,4	38,7
Lombardia	29,8	30,0	29,8
Bolzano-Bozen	44,1	45,0	43,7
Trento	43,4	41,2	41,9
Veneto	33,1	33,0	33,4
Friuli Venezia Giulia	29,7	29,3	29,2
Liguria	36,8	35,5	35,1
Emilia-Romagna	26,4	26,2	25,9
Toscana	35,8	35,4	34,2
Umbria	39,4	38,5	36,9
Marche	28,9	28,0	27,2
Lazio	36,8	37,4	36,5
Abruzzo	40,7	38,0	38,0
Molise	42,6	43,1	42,8
Campania	46,1	45,3	45,0
Puglia	42,7	40,9	39,9
Basilicata	44,3	42,8	43,1
Calabria	47,7	47,1	48,1
Sicilia	46,7	44,8	43,0
Sardegna	45,1	43,3	42,7
Italia	37,0	36,3	35,7

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Grafico 1 - Percentuale di dimissioni con DRG medici da reparti chirurgici per regione di ricovero - Anni 2006-2008

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante una quota di dimissioni da reparto chirurgico con un DRG medico sia da considerare incompriabile a causa dei possibili cambiamenti delle condizioni cliniche durante la degenza, l'estrema variabilità regionale suggerisce che diversi interventi possono essere messi in atto per ridurre questo fenomeno, soprattutto nelle regioni in cui esso è più elevato.

Il ricovero di pazienti che richiedono un intervento

chirurgico in reparti ospedalieri predisposti ed attrezzati per assicurare assistenza pre e post operatoria, non solo può tradursi in una maggiore efficienza nella gestione dei casi perché consente un razionale ed omogeneo utilizzo delle risorse, ma soprattutto può determinare benefici di tipo clinico-assistenziali per il paziente, aumentando la coerenza e la rispondenza dell'offerta ai bisogni del malato.

Gli interventi da porre in atto per migliorare la situa-

zione rilevata devono essere orientati verso un migliore dimensionamento dei reparti chirurgici, alla individuazione di aree di degenza omogenee organizzate per intensità di cure, al potenziamento dei Dipartimenti di Emergenza, alla qualificazione del Triage clinico ed all'istituzione di Unità di Osservazione Breve nei

Pronto Soccorso. Inoltre, non devono essere trascurate le azioni volte alla definizione di percorsi diagnostico-terapeutici che dovrebbero prevedere, sia per i ricoveri in urgenza che per quelli in elezione, l'ammissione in un reparto chirurgico solo dei pazienti con una precisa indicazione all'intervento.

Ospedalizzazione

Significato. Il tasso di ospedalizzazione fornisce una misura di propensione al ricovero ospedaliero della popolazione oggetto di studio. Si calcola come rapporto fra il numero di ricoveri ospedalieri, ovunque effettuati, relativi a soggetti residenti in una data regione e la complessiva popolazione ivi residente. Il tasso di ospedalizzazione viene, solitamente, elaborato distintamente per le diverse modalità di ricovero, cioè sia per il Ricovero Ordinario (RO) che per quel-

lo diurno, comprensivo del Day Hospital (DH) medico e chirurgico, o Day Surgery (DS).

L'indicatore consente, inoltre, di descrivere il ricorso alle diverse modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera e di cogliere, nelle analisi temporali, gli eventuali spostamenti della casistica trattata da un *setting* assistenziale all'altro. In questo modo si ottengono anche indicazioni sulla struttura dell'offerta e sulle sue modificazioni.

Tasso di dimissioni ospedaliere*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

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

Validità e limiti. L'indicatore misura la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dalla rete ospedaliera presente sul territorio, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle inappropriate.

L'inappropriatezza ospedaliera non deve essere unicamente associata all'idea di malfunzionamento organizzativo degli ospedali, ma può anche essere dovuta ad una cattiva gestione della cronicità da parte dei servizi sanitari territoriali ed ad una talvolta inefficiente attività di prevenzione in grado di limitare il ricorso alle cure ospedaliere. L'indicatore è stato calcolato tenendo conto delle dimissioni da reparti per acuti, riabilitazione e lungodegenza effettuate presso strutture pubbliche e private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Sono escluse le dimissioni dei neonati sani e dei ricoveri dei soggetti non residenti in Italia. D'altro canto, invece, sono inclusi i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto, perché l'indicatore intende esprimere l'entità della domanda di ricovero soddisfatta nel corso dell'anno.

Qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime di DH: si rilevano, infatti, alcune diversità, da una regione all'altra, nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi all'ospedalizzazione in regime diurno. Le diversità rilevate possono anche essere dovute ad una diversa modalità di impiego delle strutture ambulatoriali.

Il fenomeno dell'ospedalizzazione risulta notevolmente correlato all'età del paziente. Pertanto, al fine di confrontare la propensione al ricovero nei diversi contesti regionali al netto dell'effetto legato alla struttura per età dei pazienti, è stato calcolato il tasso standardizzato, utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001. Il dato del 2009 è messo a confronto, con analoghe rilevazioni effettuate, con riferimento ai dati 2006, 2007 e 2008.

Valore di riferimento/Benchmark. L'Intesa Stato-Regioni sancita il 23 marzo 2005, art. n. 4 comma 1 punto b, ha fissato, quale obiettivo da raggiungere entro il 2007, il mantenimento del tasso di ospedalizzazione complessivo per ricoveri entro il valore di 180‰ residenti, di cui un 20% (in pratica il 36‰ residenti) in regime diurno.

Descrizione dei risultati

Nel 2009 il tasso grezzo di ospedalizzazione a livello nazionale è pari a 131 per 1.000 abitanti in modalità ordinaria ed a 54 per 1.000 in modalità di ricovero diurno. L'analisi temporale presenta una costante diminuzione nel corso degli anni esaminati in entrambe le modalità di ricovero (Grafico 1).

Ciò emerge sia confrontando i tassi annuali grezzi (Grafico 1) che quelli standardizzati (Tabella 1). Nel 2009 il tasso standardizzato di ospedalizzazione complessivo a livello nazionale è 179,4‰, di cui 126,4‰ in modalità ordinaria e 53,0‰ in modalità di ricovero diurno. Il tasso di ospedalizzazione complessivo varia, a livello regionale, dal valore massimo presente in Campania (220,9‰) al valore minimo del Friuli Venezia Giulia (147,2‰). Solo 11 regioni presentano valori che rientrano nello standard normativo fissato al 180‰, mentre le restanti, tutte quelle meridionali, assieme al Lazio, Liguria e PA di Bolzano, presentano valori superiori. In generale, le regioni del Sud, ad eccezione della Sardegna, presentano un tasso complessivo superiore a quello nazionale, mentre quelle del Centro-Nord un tasso inferiore, ad eccezione di Lazio, Liguria e PA di Bolzano.

Il tasso relativo al regime di RO varia dal 108,1‰ della Toscana al 154,8‰ della Puglia e si registra un valore più elevato del dato nazionale oltre che nelle regioni del Sud (eccetto Basilicata e Sardegna), in

Lombardia, PA di Bolzano e Valle d'Aosta.

Per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione in regime diurno le regioni con valori estremi sono la Liguria (85,5‰) ed il Friuli Venezia Giulia (38,3‰). Presentano valori molto superiori a quello nazionale anche Campania (76,0‰) e Sicilia (83,7‰). In generale i ricoveri in DH corrispondono a circa il 29,6% del totale dei ricoveri ospedalieri e si evidenzia come tutte le regioni presentano un tasso di ospedalizzazione per il DH superiore al riferimento normativo del 36‰.

L'analisi nel periodo considerato mette in evidenza una costante riduzione dei tassi di ospedalizzazione. Per il tasso complessivo la riduzione è del 4,5% nel 2009 rispetto al 2008, del 7,3% rispetto al 2007 e del 12,1% rispetto al 2006. Per la modalità di ricovero in RO la riduzione è del 2,4% rispetto al 2008, del 5,2% rispetto al 2007 e del 9,1% rispetto al 2006. Per il ricovero diurno la riduzione del tasso di ospedalizzazione è del 9,1% rispetto al 2008, del 12,1% rispetto al 2007 e del 18,6% rispetto al 2006.

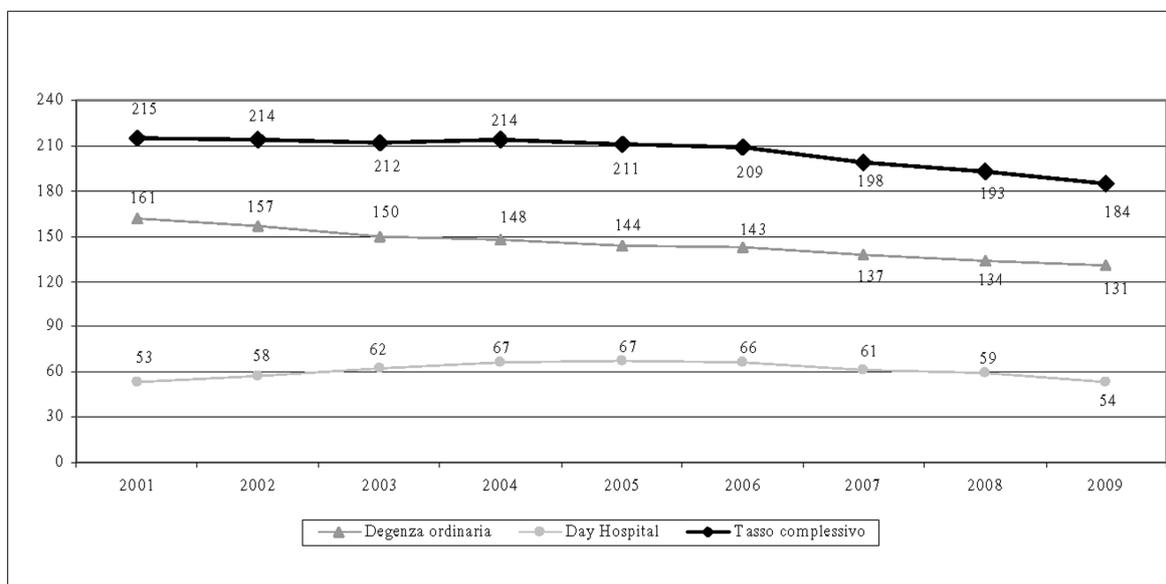
In generale, tutte le regioni italiane presentano un trend in diminuzione del tasso di ospedalizzazione complessivo dal 2006 al 2009. In particolare, la maggiore riduzione si rileva per quelle regioni con valore

di partenza più elevato: Abruzzo (252,4‰ nel 2006 vs 185,5‰ nel 2009), Calabria (230,1‰ vs 180,7‰ nel 2009), Sicilia (262,7‰ vs 211,7‰ nel 2009) e Lazio (228,4‰ vs 189,6‰).

Per quanto riguarda le dimissioni da RO una riduzione del tasso di ospedalizzazione si rileva in quasi tutte le regioni, ad eccezione del Piemonte (110,0‰ nel 2006 vs 114,2‰ nel 2009), della Valle d'Aosta (126,0‰ nel 2006 vs 129,0‰ nel 2009), della Toscana (106,6‰ vs 108,1‰) e dell'Umbria (118,2‰ vs 122,9‰). Le regioni con una riduzione più consistente di dimissioni da RO sono Abruzzo (184,1‰ nel 2006 vs 134,9‰ nel 2009), Molise (171,2‰ vs 135,4‰), Calabria (161,1‰ vs 127,1‰) e Sardegna (148,2‰ vs 124,7‰).

Per quanto riguarda le dimissioni da ricovero diurno si rileva una notevole riduzione del tasso di ospedalizzazione in Sicilia (111,8‰ nel 2006 vs 83,7‰ nel 2009), Piemonte (62,1‰ vs 45,9‰) e Lombardia (59,1‰ vs 40,3‰), con quest'ultime 2 regioni che già nel 2006 presentavano valori al di sotto di quello nazionale. In generale tutte le regioni, escluse la PA di Trento (56,5‰ vs 58,8‰) ed il Friuli Venezia Giulia (37,3‰ vs 38,3‰), registrano una netta diminuzione del tasso di ospedalizzazione per il ricovero diurno.

Grafico 1 - Tasso grezzo (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per regime di ricovero - Anni 2001-2009



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

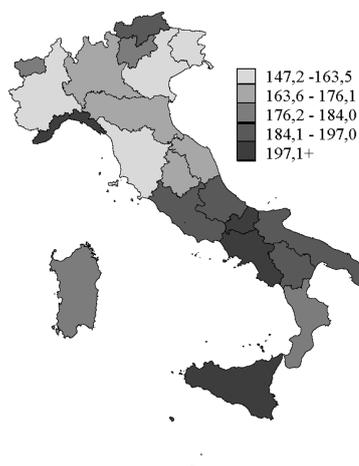
Tabella 1 - Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per regime di ricovero e regione - Anni 2006-2009

Regioni	2006			2007			2008			2009		
	RO	DH	Totale									
Piemonte	110,0	62,1	172,1	108,2	61,5	169,7	106,4	62,3	168,7	114,2	45,9	160,1
Valle d'Aosta	126,0	55,9	181,9	129,9	57,2	187,1	130,3	56,1	186,4	129,0	49,5	178,5
Lombardia	139,4	59,1	198,5	135,2	45,5	180,7	133,5	42,6	176,1	131,6	40,3	171,9
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>154,5</i>	<i>50,2</i>	<i>204,7</i>	<i>154,2</i>	<i>51,7</i>	<i>205,9</i>	<i>149,5</i>	<i>49,8</i>	<i>199,3</i>	<i>140,9</i>	<i>49,5</i>	<i>190,4</i>
<i>Trento</i>	<i>124,9</i>	<i>56,5</i>	<i>181,4</i>	<i>123,0</i>	<i>57,0</i>	<i>180,0</i>	<i>120,1</i>	<i>56,7</i>	<i>176,8</i>	<i>118,5</i>	<i>58,8</i>	<i>177,4</i>
Veneto	119,9	50,8	170,7	115,8	45,9	161,7	112,7	41,9	154,6	108,9	40,6	149,5
Friuli Venezia Giulia	114,9	37,3	152,2	114,2	36,4	150,6	111,9	37,5	149,4	109,0	38,3	147,2
Liguria	122,7	90,7	213,5	119,7	88,6	208,3	117,4	89,4	206,8	114,9	85,5	200,4
Emilia-Romagna	128,5	43,9	172,3	126,8	43,2	170,0	124,6	42,4	167,0	121,8	41,9	163,6
Toscana	106,6	52,2	158,8	103,6	51,2	154,8	100,8	51,3	152,0	108,1	41,3	149,4
Umbria	118,2	58,8	177,0	118,1	58,6	176,7	115,8	57,4	173,3	122,9	46,0	168,9
Marche	129,9	45,9	175,8	127,1	46,7	173,7	124,7	47,2	171,9	122,8	46,0	168,8
Lazio	148,0	80,5	228,4	137,0	67,8	204,8	131,7	66,8	198,5	125,9	63,7	189,6
Abruzzo	184,1	68,3	252,4	158,7	58,9	217,7	141,2	58,9	200,1	132,9	52,7	185,5
Molise	171,2	63,6	234,8	164,9	63,5	228,4	148,9	62,5	211,4	135,4	61,8	197,1
Campania	160,7	77,5	238,2	155,1	77,1	232,2	151,5	79,6	231,1	144,9	76,0	220,9
Puglia	169,7	50,4	220,1	166,3	53,8	220,1	159,9	56,1	216,0	154,8	39,0	193,8
Basilicata	132,9	71,9	204,9	123,2	72,0	195,2	121,7	70,8	192,4	117,9	66,2	184,1
Calabria	161,1	69,0	230,1	149,5	67,6	217,1	142,5	71,2	213,8	127,1	53,6	180,7
Sicilia	150,9	111,8	262,7	139,6	101,5	241,2	134,6	83,2	217,8	128,0	83,7	211,7
Sardegna	148,2	55,0	203,2	139,6	57,7	197,4	135,2	54,4	189,6	124,7	51,5	176,2
Italia	139,0	65,1	204,1	133,3	60,3	193,6	129,5	58,3	187,8	126,4	53,0	179,4

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografie in cifre per la popolazione. Anno 2011.

Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per regione. Anno 2009



Raccomandazioni di Osservasalute

Come stabilito con il Patto per la Salute 2010-2012, spetta ai piani sanitari nazionali e regionali proporre una revisione della rete ospedaliera esistente ponendo, quale obiettivo prioritario, un riequilibrio tra i livelli di assistenza sanitaria. A tal fine è auspicata una riallocazione delle risorse e, quindi, dell'offerta assistenziale secondo linee che tendono a promuovere la prevenzione ed a potenziare le forme di assistenza alternative al tradizionale ricovero ospedaliero, in particolare l'assistenza territoriale e distrettuale, un incremento del ricovero diurno, l'introduzione di interventi riabilitativi e di lungodegenza in ambito residenziale e domiciliare, una programmazione sanitaria volta all'abbattimento dei tempi di attesa ed all'adozione di sistemi di valutazione circa l'appropriatezza della modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

L'obiettivo normativo fissato dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 di raggiungere entro il 2007 il tasso di ospedalizzazione complessivo di 180 ricoveri per 1.000 residenti, di cui un 20% relativo ai

ricoveri in regime diurno, è stato raggiunto da gran parte delle regioni centro-settentrionali, con alcune eccezioni. Nel periodo considerato si rileva che le regioni dell'Italia meridionale ed insulare tendono gradualmente alla soglia del 180‰: in particolare, Sardegna e Calabria sembrano aver raggiunto l'obiettivo.

I provvedimenti emanati fin dal 2001 per la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri e le scelte sulla struttura e sull'organizzazione dell'offerta attuate da alcune regioni, hanno determinato un trasferimento di alcune prestazioni sanitarie in DH/DS ed in regime ambulatoriale, con la conseguente contrazione del numero di ricoveri in degenza ordinaria.

Contemporaneamente, però, si è anche verificato un incremento, in alcuni casi rilevante, della domanda per cui è necessario monitorare nel tempo il processo di ospedalizzazione, al fine di definire ed attuare misure correttive adeguate per la razionalizzazione della rete ospedaliera ed un'efficace integrazione della stessa con i servizi sanitari territoriali.

Ospedalizzazione per età e tipologia di attività

Significato. L'età del paziente rappresenta un fattore demografico estremamente significativo quando si analizza il ricorso alle prestazioni sanitarie. Il bisogno di salute varia soprattutto in relazione all'età che, quindi, influenza anche l'entità della domanda di prestazioni sanitarie ospedaliere. In particolare, la tipologia di assistenza ospedaliera erogata (acuzie, riabilitazione o lungodegenza) risente fortemente delle carat-

teristiche demografiche della popolazione e ciò è da attribuire, anche in parte, all'organizzazione dell'offerta di prestazioni sanitarie presso strutture assistenziali di pertinenza territoriale.

I tassi di ospedalizzazione, calcolati a livello regionale, per classi di età e per tipologia di assistenza erogata, consentono di evidenziare il fenomeno ed eventuali differenze geografiche.

Tasso di dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere per classi di età e tipologia di attività}^1}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

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

¹Regime di Ricovero Ordinario, distintamente nei reparti di attività per acuti, riabilitazione e lungodegenza.

Validità e limiti. Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), considerate nel calcolo dell'indicatore, sono relative alle dimissioni effettuate in regime di Ricovero Ordinario (RO), nel corso del 2009, e dagli istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Sono state escluse le dimissioni dei neonati sani, 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.

È opportuno precisare che nella banca dati complessiva possono essere presenti più schede di dimissione da attribuire ad un medesimo paziente, con riferimento ad un unico episodio di ricovero: infatti, se un paziente viene trasferito, all'interno di uno stesso istituto, da una tipologia di attività ad un'altra (ad esempio da un reparto per acuti ad uno di riabilitazione) o da una modalità di ricovero all'altra (dal regime diurno a quello ordinario o viceversa), devono essere compilate due distinte schede di dimissione, una per ciascuna tipologia di attività erogata o regime di ricovero. L'indicatore include, inoltre, i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto relativi a differenti episodi di ricovero avuti nel corso dell'anno.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per il tasso di ospedalizzazione specifico per classi di età. Il confronto dei tassi specifici regionali con quello nazionale consente di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero nelle diverse classi di età.

Descrizione dei risultati

Le tabelle mostrano la distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione specifici per classi di età, distintamente per le varie tipologie di attività ospedaliera (acuti, riabilitazione, lungodegenza). Rispetto ai dati relativi

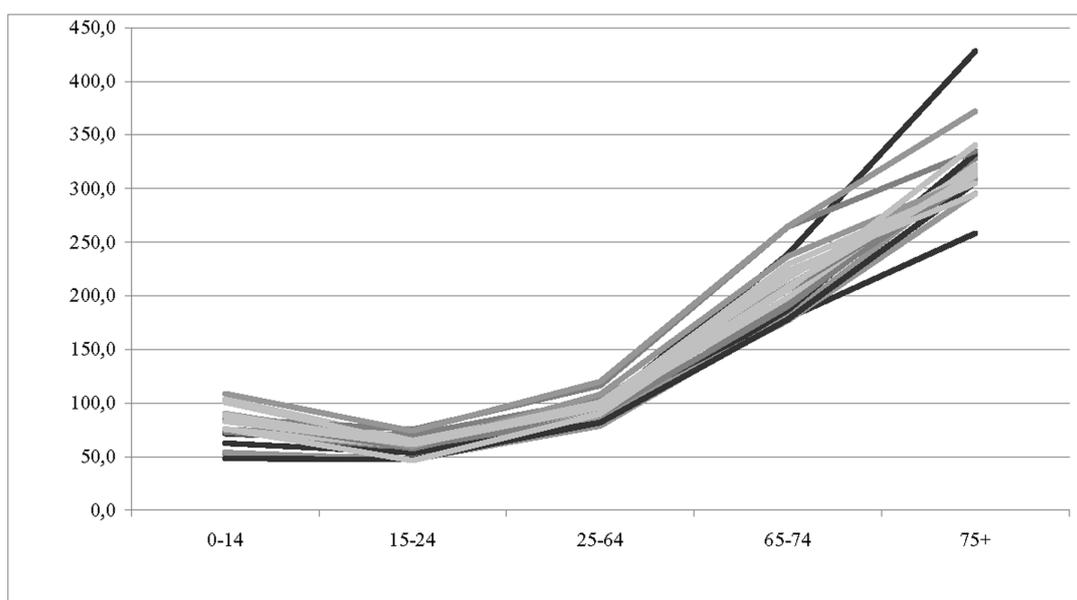
vi alle SDO 2008 (Rapporto Osservasalute 2010, pagg. 402-404), si nota una tendenza alla diminuzione dei valori dei tassi di ospedalizzazione per acuti e dei ricoveri in regime ordinario di riabilitazione; sostanzialmente stabili i ricoveri di lungodegenza. I tassi specifici per età dei RO in reparti per acuti presentano una notevole variabilità tra le regioni. Per quanto riguarda i RO nelle discipline per acuti, in tutte le regioni i valori più elevati si evidenziano nelle classi di età estreme (Tabella 1 e Grafico 1). Relativamente all'attività di riabilitazione sono state considerate classi di età più ampie, perché vi ricorrono più frequentemente i pazienti anziani. Anche in questo caso si osserva una generale riduzione dei tassi di ricovero standardizzati, rispetto all'anno precedente, seppure con talune eccezioni. Le regioni per le quali si rileva un aumento dei tassi sono Piemonte (5,8‰ nel 2008 vs 6,2‰ nel 2009), Emilia-Romagna (2,5‰ vs 4,4‰ nel 2009), Marche (2,4‰ vs 2,9‰) e Sardegna (1,3‰ vs 1,4‰). Da rilevare, inoltre, come il tasso di ospedalizzazione assuma valori più elevati per la classe degli ultra 75enni e con considerevole variabilità tra le regioni. Ciò è presumibilmente da attribuire alla diversa progettazione sia delle reti ospedaliere che dei servizi territoriali, anche in termini di dotazione delle strutture specialistiche per l'assistenza riabilitativa. Per quanto riguarda l'attività di lungodegenza, il tasso di ospedalizzazione assume valori di rilievo per la classe di età estrema, che comprende gli anziani di 75 anni ed oltre. Anche per questo tipo di assistenza, come per la riabilitazione, emergono notevoli differenze geografiche. I tassi di ospedalizzazione mostrano la presenza di una modesta attività di lungodegenza in Valle d'Aosta (0,2‰), Liguria (1,3‰) ed Umbria (1,7‰), mentre i valori più elevati si osservano in Emilia-Romagna (45,9‰), PA di Bolzano (33,6‰) e PA di Trento (25,4‰).

Tabella 1 - Tasso specifico e standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per acuti e regione - Anno 2009

Regioni	0-14	15-24	25-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	74,9	54,2	86,4	179,1	258,2	104,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	75,1	70,5	103,2	208,3	322,1	124,4
Lombardia	90,3	62,5	97,5	209,2	310,9	121,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>71,5</i>	<i>63,6</i>	<i>96,2</i>	<i>238,7</i>	<i>428,1</i>	<i>131,1</i>
<i>Trento</i>	<i>52,7</i>	<i>48,3</i>	<i>84,8</i>	<i>193,6</i>	<i>328,2</i>	<i>107,4</i>
Veneto	54,1	47,4	78,8	181,2	317,0	102,0
Friuli Venezia Giulia	48,4	47,4	81,7	186,7	332,2	104,6
Liguria	75,6	58,6	86,9	177,1	295,3	108,6
Emilia-Romagna	73,1	57,9	89,3	190,4	321,5	113,0
Toscana	62,7	53,8	81,8	178,1	305,6	104,3
Umbria	87,3	64,3	95,7	197,3	309,6	119,1
Marche	75,7	59,3	94,6	198,5	322,4	117,4
Lazio	84,6	57,7	95,7	205,6	312,1	119,0
Abruzzo	103,8	65,0	99,8	216,5	318,9	126,5
Molise	90,2	59,5	108,0	236,8	310,5	130,0
Campania	85,7	75,5	116,4	264,5	335,2	140,7
Puglia	108,7	74,1	119,9	264,6	372,2	148,8
Basilicata	76,0	46,5	89,8	208,7	312,2	113,5
Calabria	87,9	62,8	100,7	223,1	294,7	123,2
Sicilia	100,7	62,7	98,4	229,4	304,9	125,2
Sardegna	89,3	61,9	95,6	205,7	340,7	122,5
Italia	82,8	61,6	96,0	208,4	314,3	119,8

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2011.

Grafico 1 - Tasso specifico (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per acuti e regione - Anno 2009

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2011.

Tabella 2 - Tasso specifico e standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per riabilitazione e regione - Anno 2009

Regioni	0-44	45-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	1,6	7,3	19,1	25,1	6,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,7	4,7	11,1	12,2	3,0
Lombardia	1,5	7,2	23,9	38,7	6,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,5</i>	<i>4,2</i>	<i>16,1</i>	<i>29,8</i>	<i>5,7</i>
<i>Trento</i>	<i>1,1</i>	<i>7,0</i>	<i>24,9</i>	<i>31,8</i>	<i>7,4</i>
Veneto	0,6	3,8	14,1	18,5	4,2
Friuli Venezia Giulia	0,7	2,5	7,6	7,9	2,6
Liguria	1,2	5,5	15,5	21,6	4,3
Emilia-Romagna	0,5	2,6	7,7	8,3	4,4
Toscana	0,6	2,4	7,9	11,0	2,3
Umbria	0,8	3,4	9,5	9,4	2,7
Marche	0,5	2,4	7,4	9,2	2,9
Lazio	0,7	4,1	15,2	27,9	4,3
Abruzzo	0,7	3,8	13,3	20,2	4,0
Molise	0,8	4,2	13,8	17,6	3,8
Campania	0,4	2,5	8,4	11,0	2,5
Puglia	0,9	4,5	15,0	18,1	4,3
Basilicata	0,7	3,4	10,8	13,9	3,1
Calabria	0,7	3,1	10,0	11,6	2,9
Sicilia	0,8	2,6	7,7	7,5	2,2
Sardegna	0,4	1,4	4,4	5,6	1,4
Italia	0,9	4,2	13,8	19,2	4,2

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2011.

Tasso specifico (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per riabilitazione, per la classe di età 75 anni ed oltre e regione. Anno 2009

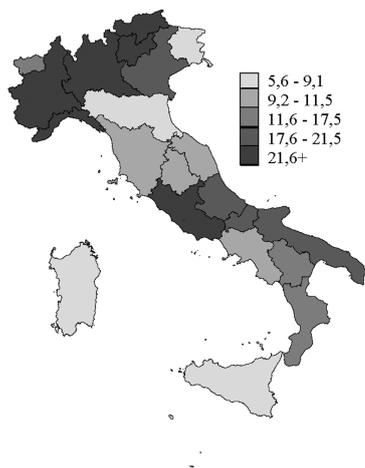


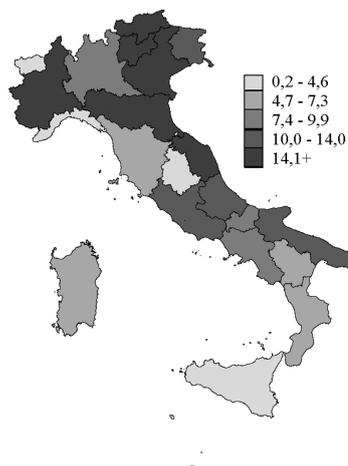
Tabella 3 - Tasso specifico e standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per lungodegenza e regione - Anno 2009

Regioni	0-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,4	3,7	14,1	1,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,1	0,4	0,2	0,1
Lombardia	0,1	1,7	7,5	0,9
Bolzano-Bozen	0,7	7,2	33,6	4,1
Trento	0,4	5,4	25,4	3,0
Veneto	0,3	3,8	18,0	2,1
Friuli Venezia Giulia	0,2	2,2	10,7	1,3
Liguria	0,1	0,3	1,3	0,2
Emilia Romagna	0,8	10,9	45,9	5,6
Toscana	0,1	0,9	5,1	0,6
Umbria	0,1	0,4	1,7	0,3
Marche	0,7	4,0	18,2	2,5
Lazio	0,1	1,7	10,0	1,1
Abruzzo	0,3	3,5	13,7	1,8
Molise	0,2	2,3	7,8	1,0
Campania	1,0	3,0	7,4	1,7
Puglia	0,2	2,9	10,1	1,3
Basilicata	0,3	2,4	7,1	1,0
Calabria	0,2	2,8	7,0	1,1
Sicilia	0,1	1,3	3,4	0,5
Sardegna	0,1	1,1	4,7	0,6
Italia	0,3	3,0	12,4	1,6

Nota: La standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2011.

Tasso specifico (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per lungodegenza, per la classe di età 75 anni ed oltre e regione. Anno 2009



Raccomandazioni di Osservasalute

La lettura congiunta degli indicatori esaminati evidenzia una maggiore e più specifica domanda assistenziale nelle fasce di età estreme, nonché una discreta variabilità regionale nell'accesso ad alcune forme di assistenza, quali la riabilitazione e la lungodegenza. Questo induce a porre una migliore attenzione nella

pianificazione dell'offerta sanitaria, al fine di migliorare la capacità di risposta del sistema ai bisogni di salute della popolazione ed a rendere più appropriato l'utilizzo dell'ospedale per le patologie acute e più efficace l'integrazione ospedale-territorio, a garanzia dell'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

Ricoveri ed accessi in Day Hospital, Day Surgery ed “One Day Surgery”

Significato. Gli indicatori proposti si riferiscono all’attività di ricovero svolta nelle discipline per acuti in regime assistenziale diurno (Day Hospital-DH e Day Surgery-DS). Essi sono rappresentati dal numero di ricoveri e di accessi ai servizi ospedalieri diurni, numero medio di accessi per ricovero, ovvero durata media delle prestazioni erogate per cicli terapeutici diurni e percentuale dei ricoveri di DS sul totale delle dimissioni in modalità diurna. A tali indicatori si aggiunge un ulteriore indicatore rappresentato dalla percentuale di ricoveri in “One Day Surgery”, rispet-

to al totale delle dimissioni con DRG chirurgico con degenza ordinaria. La modalità di ricovero in “One Day Surgery” consiste, infatti, in un ricovero per intervento chirurgico con degenza breve, non superiore alla durata di 1 giorno.

Gli indicatori forniscono misure di appropriatezza dell’utilizzo della struttura ospedaliera per acuti evidenziando la prevalenza dei casi medici su quelli chirurgici in ricovero diurno e l’erogazione di prestazioni ospedaliere in “One Day Surgery”.

Numero medio di accessi in Day Hospital e Day Surgery

Numeratore	Accessi totali in regime di Day Hospital o Day Surgery
Denominatore	Dimissioni totali in Day Hospital o Day Surgery

Percentuale di ricoveri in Day Surgery

Numeratore	Ricoveri totali con DRG chirurgico in regime di Day Surgery
Denominatore	Dimissioni totali in Day Hospital o Day Surgery

x 100

Percentuale di ricoveri in “One Day Surgery”

Numeratore	Ricoveri totali con DRG chirurgico di 0-1 giorno in regime di Ricovero Ordinario
Denominatore	Dimissioni totali in regime di Ricovero Ordinario con DRG chirurgico

x 100

Validità e limiti. Nel calcolo del numero medio di accessi sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti in regime di DH e DS effettuati presso tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale nell’anno 2009.

Per la selezione dei ricoveri in DS si utilizza la XIX versione del sistema di classificazione DRG, con la specifica di DRG chirurgico.

A tal proposito si ritiene necessario evidenziare che dal 1 gennaio 2009 è stata adottata una versione aggiornata del sistema di classificazione ICD-9-CM per la codifica delle diagnosi e procedure/interventi rilevate con il flusso informativo derivante dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). La versione adottata è quella relativa al 2007 e, conseguentemente, è stata anche adottata la corrispondente versione della classificazione DRG (XXIV versione).

Pertanto, per i raffronti temporali è necessario prestare le opportune cautele.

Un’ulteriore cautela nella lettura dei dati deriva dalle differenti modalità di registrazione dei ricoveri in DH da parte delle regioni. In alcuni casi le regole regionali di dimissione seguono correttamente le indicazioni fornite a livello nazionale, cioè a completamento di un

ciclo programmato di accessi, mentre, in altri casi, si effettua una dimissione amministrativa forzata, ad esempio trimestrale o mensile. Ciò comporta, in questi ultimi casi, un incremento fittizio del numero di dimissioni in ricovero diurno.

Inoltre, le differenze regionali relative alle dimissioni di DS possono essere dovute ad una diversa organizzazione dell’offerta delle prestazioni in regime di Ricovero Ordinario (RO) ed in ambito ambulatoriale, anche in relazione alla casistica trattata.

Per una migliore comprensione delle diciture riportate nelle tabelle, con DH si intendono le dimissioni per acuti con DRG medico o non classificato, mentre con DS le dimissioni con DRG chirurgico. Nello specifico la “One Day Surgery” riguarda i casi di dimissione in regime ordinario, con durata della degenza non superiore ad 1 giorno e DRG chirurgico.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi specifici. Il confronto dei dati regionali con quello nazionale consente di evidenziare le differenti modalità di registrazione degli accessi in regime diurno nelle regioni italiane.

Descrizione dei risultati

Il numero medio di accessi è pari, a livello nazionale, a 3,75 accessi per prestazioni di tipo medico ed a 1,58 accessi per prestazioni di tipo chirurgico. La distribuzione regionale evidenzia una maggiore variabilità per le prestazioni di tipo medico, passando da 2,82 accessi medi della Puglia a 7,75 dell'Emilia-Romagna.

Su tale variabilità incidono le patologie trattate, ma sicuramente anche le differenti modalità amministrativo-organizzative. Infatti, è rilevabile una correlazione inversa tra il numero medio di accessi e la numerosità dei ricoveri in Day Hospital di tipo medico: ad esempio, in Emilia-Romagna ci sono 7,75 accessi medi a fronte di 93.066 dimessi, in Lombardia 3,04 accessi a fronte di 224.590 dimessi ed in Campania 3,01 accessi a fronte di 261.813 dimessi.

Non si dimentichi l'utilizzo, talvolta improprio, della modalità assistenziale di DH per attività che potrebbero essere agevolmente effettuate in ambito ambulatoriale. Ciò in particolare si verifica per il DH diagnostico piuttosto che per quello terapeutico.

La percentuale di ricoveri in DS sul totale dei ricoveri diurni è in diminuzione rispetto all'anno precedente

e si attesta al 45,35% nel 2009. La variabilità regionale è particolarmente rilevante e denota un utilizzo differente dei regimi assistenziali ospedalieri. In generale, i valori sono tendenzialmente più elevati nelle regioni del Centro-Nord, piuttosto che nelle regioni meridionali. Le regioni che presentano percentuali di DS più contenute rispetto ai ricoveri diurni sono la Calabria ed il Lazio, con percentuali che superano appena il 30,0%.

Anche le dimissioni in "One Day Surgery", che a livello nazionale rappresentano il 18,87% delle dimissioni in regime ordinario, presentano un'elevata variabilità a livello territoriale passando dal 5,13 della Sicilia al 30,14% del Piemonte. Si rileva, inoltre, che, rispetto al 2008, in alcune regioni quali il Piemonte, la Toscana e l'Umbria ad un incremento della percentuale di ricoveri in "One Day Surgery" (dal 15,14% al 30,14% in Piemonte, dal 5,49% al 24,76% in Toscana e dal 13,65% al 29,13% in Umbria) è associato un decremento del numero di dimissioni in regime di DS (del 37,0% in Piemonte, del 36,0% in Umbria e del 32,0% in Toscana).

Tabella 1 - Ricoveri e numero medio di accessi in Day Hospital ed in Day Surgery per regione - Anno 2009

Regioni	Day Hospital			Day Surgery		
	Dimessi	Accessi	N medio accessi	Dimessi	Accessi	N medio accessi
Piemonte	84.551	394.728	4,67	122.501	127.364	1,04
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2.791	17.037	6,10	3.022	3.456	1,14
Lombardia	224.590	682.054	3,04	177.505	185.294	1,04
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>9.519</i>	<i>36.193</i>	<i>3,80</i>	<i>16.032</i>	<i>18.017</i>	<i>1,12</i>
<i>Trento</i>	<i>7.195</i>	<i>41.457</i>	<i>5,76</i>	<i>20.304</i>	<i>25.555</i>	<i>1,26</i>
Veneto	54.006	168.554	3,12	142.904	238.807	1,67
Friuli Venezia Giulia	21.167	124.215	5,87	31.188	58.108	1,86
Liguria	91.933	371.906	4,05	55.765	111.408	2,00
Emilia-Romagna	93.066	721.083	7,75	103.882	166.177	1,60
Toscana	86.093	438.339	5,09	80.547	91.632	1,14
Umbria	22.111	84.684	3,83	19.695	24.682	1,25
Marche	26.769	131.188	4,90	50.244	50.958	1,01
Lazio	249.165	853.301	3,42	117.663	290.133	2,47
Abruzzo	27.556	131.278	4,76	39.680	47.546	1,20
Molise	11.751	39.173	3,33	9.264	13.680	1,48
Campania	261.813	788.247	3,01	149.127	365.986	2,45
Puglia	68.860	194.069	2,82	74.445	110.642	1,49
Basilicata	22.545	76.202	3,38	16.225	36.197	2,23
Calabria	62.230	222.289	3,57	26.713	39.311	1,47
Sicilia	262.398	839.732	3,20	144.931	229.095	1,58
Sardegna	44.505	152.184	3,42	37.853	43.406	1,15
Italia	1.734.614	6.507.913	3,75	1.439.490	2.277.454	1,58

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

Tabella 2 - Percentuale di ricoveri in Day Surgery ed “One Day Surgery” per regione - Anno 2009

Regioni	Day Surgery	One Day Surgery
Piemonte	59,16	30,14
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	51,99	13,22
Lombardia	44,15	26,45
Bolzano-Bozen	62,75	6,92
Trento	73,84	7,58
Veneto	72,57	13,84
Friuli Venezia Giulia	59,57	25,45
Liguria	37,76	7,19
Emilia-Romagna	52,75	25,39
Toscana	48,34	24,76
Umbria	47,11	29,13
Marche	65,24	29,28
Lazio	32,08	7,77
Abruzzo	59,02	14,01
Molise	44,08	6,02
Campania	36,29	10,40
Puglia	51,95	18,10
Basilicata	41,85	7,87
Calabria	30,03	10,87
Sicilia	35,58	5,13
Sardegna	45,96	12,75
Italia	45,35	18,87

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

Raccomandazioni di Osservasalute

I recenti piani sanitari, nazionali e regionali, emanati o in via di approvazione, propongono una revisione della rete ospedaliera esistente ponendo, quale obiettivo prioritario, un riequilibrio tra i livelli di assistenza sanitaria. A tal fine sono auspicabili: una riallocazione delle risorse, dalla cura alla prevenzione, dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale; la collocazione degli interventi riabilitativi e di lungodegenza in ambito residenziale e domiciliare; una programmazione sanitaria volta all'abbattimento dei tempi di attesa e l'adozione di sistemi di valutazione circa l'appropriatezza della modalità di erogazione delle

prestazioni sanitarie.

Il Patto per la Salute 2010-2012, nel ribadire la necessità di perseguire l'efficienza, la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza sanitaria, anche ai fini del raggiungimento dell'equilibrio economico, fornisce un aggiornamento della lista di DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di RO. Contemporaneamente è necessario monitorare nel tempo il processo di ospedalizzazione, al fine di produrre misure correttive adeguate per la razionalizzazione della rete ospedaliera ed un'efficace integrazione della stessa con i servizi sanitari territoriali.

Ospedalizzazione per DRG medici e chirurgici

Significato. L'indicatore è elaborato in funzione del tipo di DRG generato dal ricovero: i tassi di dimissione (TD) per DRG medico e chirurgico, sia per il regime di degenza ordinaria che per quello diurno, sono messi a confronto per valutare, nell'ambito di ogni regione, il contributo fornito da ciascuna componente al TD complessivo. Un derivato dell'indicatore presentato in questo Capitolo, la percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri, è inserito nel *set* di indicatori di appropriatezza di cui all'allegato 2 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 del dicembre 2009 (1). La variabilità regionale del TD generale si riflette, naturalmente, anche sui TD per DRG Medici (TD Med) e Chirurgici (TD Ch). La variabilità geografica fornisce una rappresentazione abbastanza efficace delle politiche attuate dalle diverse regioni in termini di dimensione dell'offerta ospedaliera, di contrasto dei ricoveri inappropriati, di organizzazione dei servizi di Pronto Soccorso e di diagnosi strumentale e di decentramento dell'assistenza verso *setting* assistenziali extradegenza o verso i servizi distrettuali. Le differenze del TD Med sono, in massima parte, spiegabili dalle variabili legate alla struttura

dell'offerta ed alle politiche organizzative di governo della domanda. Il TD Ch è, certamente, correlato alla dimensione dell'offerta, ma a tale riguardo è importante considerare anche altri fattori che determinano le caratteristiche del servizio reso in termini di accesso ed erogazione delle prestazioni chirurgiche, in particolare, quando si evidenziano situazioni di sovra o sotto utilizzo delle stesse. Tra questi fattori, l'operato dei medici e la capacità di scelta dei pazienti, rivestono un ruolo di rilievo. È noto, infatti, che le indicazioni all'intervento chirurgico non sono sempre definite univocamente dalle società scientifiche e/o non univocamente recepite dai professionisti e che, l'asimmetria informativa tra medico e paziente, non sempre consente a quest'ultimo di valutare adeguatamente l'appropriatezza del percorso assistenziale proposto. Saranno qui illustrati e descritti in dettaglio i dati relativi all'anno 2009, mentre sarà richiamato, in forma aggregata, il confronto con le serie di dati registrati dall'anno 2002. Per un confronto analitico dell'andamento dell'indicatore dall'anno 2002 si rimanda al testo ed alle tabelle pubblicate nell'analogo Capitolo dell'edizione 2010 del Rapporto Osservasalute.

Tasso di dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici*

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

Dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici
Popolazione media residente

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

Validità e limiti. Nel calcolo del tasso di ospedalizzazione sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti escludendo i ricoveri per lungodegenza e riabilitazione. Quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina ed a popolazioni confrontabili per caratteristiche demografiche ed epidemiologiche, il TD esprime la domanda soddisfatta. Quando si confrontano dati relativi al complesso della casistica trattata in un determinato contesto geografico intervengono anche dei fattori confondenti per cui deve essere posta la massima attenzione alla possibile variabilità determinata da differenze demografiche ed epidemiologiche esistenti nelle diverse realtà. Per evitare di sottovalutare tali aspetti ed attenuare, almeno in parte, il fattore di confondimento dovuto alla diversa composizione per età della popolazione, i TD sono stati standardizzati per età con riferimento alla popolazione media residente in Italia nel 2001. Peraltro, qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime di Day Hospital (DH) medico, in quanto alcune regioni hanno adottato proprie modalità di registrazione dei cicli e

degli accessi effettuati in regime diurno. Per i DRG chirurgici occorre tenere conto del fatto che alcune regioni, soprattutto del Centro e del Nord, hanno da tempo attivato percorsi ambulatoriali extradegenza per l'esecuzione di interventi chirurgici di bassa complessità ed alta incidenza (ad esempio, decompressione tunnel carpale, interventi sul cristallino etc.).

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per i tassi di ospedalizzazione dei ricoveri di tipo medico o chirurgico. L'allegato 2 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 prevede per l'indicatore "Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri", uno standard pari al valore medio delle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza. In questa sede riteniamo che il confronto dei tassi regionali con il valore nazionale consenta di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero per le due tipologie considerate. È opportuno, peraltro, precisare che, per i ricoveri di tipo medico, i TD più bassi possono fornire

una misura abbastanza significativa delle reali possibilità di contenere l'ospedalizzazione e contrastare l'inappropriatezza dei ricoveri. Al contrario, per i DRG chirurgici, gli scostamenti dal valore nazionale, sia in senso positivo che negativo, consentono solo una descrizione del fenomeno ed, in assenza di ulteriori e più approfondite indagini, non permettono di trarre conclusioni certe riguardo all'appropriatezza dell'offerta ed al governo della domanda.

Descrizione dei risultati

Il TD complessivo nel 2009 per i DRG considerati, escludendo alcune tipologie di attività ospedaliera (lungodegenza e riabilitazione), è di 170,6 per 1.000 abitanti. Il TD per DRG medici è uguale a 99,5 (per 1.000), di cui il 27,8 (per 1.000) in regime di DH ed il 71,7 (per 1.000) in Ricovero Ordinario (RO). Per i ricoveri chirurgici si registra un TD complessivo del 71,2 (per 1.000), di cui il 23,5 (per 1.000) in regime di DH ed il 47,7 (per 1.000) in regime di RO (Tabella 1). I ricoveri in DH e Day Surgery (DS) rappresentano il 27,9% dei dimessi con DRG medico ed il 33,1% dei dimessi con un DRG chirurgico.

I Grafici 1 e 2 mostrano i trend temporali dal 2002 al 2009 dei TD per DRG medici e chirurgici. Durante gli anni interessati, il TD per DRG medici ha fatto registrare una progressiva e rapida diminuzione, con una riduzione marcata e costante per la quota dei dimessi in regime di RO ed una sostanziale stabilità, seguita da una lieve riduzione, dei ricoveri diurni. Nello stesso periodo il tasso per i DRG chirurgici è cresciuto, in particolare dal 2002 al 2004, e successivamente è diminuito in modo costante, in massima parte per una evidente contrazione dei ricoveri diurni.

TD DRG medici

La Tabella 1 ed il Grafico 3 illustrano i TD dell'anno 2009 per i DRG medici standardizzati per regione e regime di ricovero. È evidente un'elevata variabilità regionale, con una differenza assoluta pari a 67,5 ricoveri per 1.000 abitanti tra il valore minimo del Veneto (72,1 per 1.000) ed il valore massimo della Campania (139,6 per 1.000).

La maggiore variabilità si registra nella modalità di ricovero in DH, con TD standardizzati che variano da 11,0 (per 1.000) del Veneto a 49,9 (per 1.000) della Liguria, contro un valore nazionale pari a 27,8 (per 1.000). Il range del TD standardizzato in regime ordinario, sebbene elevato, risulta al confronto più contenuto con valori che oscillano tra il minimo di 53,1 (per 1.000) del Piemonte ed il massimo di 94,2 (per 1.000) della Puglia, contro un dato nazionale pari a 71,7 (per 1.000).

L'analisi dei dati dimostra un evidente gradiente geografico dei TD standardizzati, sia per il RO che per il DH, con valori molto più elevati nelle regioni meridionali ed insulari del Paese e, con qualche eccezione,

minori nelle regioni centro-settentrionali. In particolare, la Liguria, la PA di Bolzano, il Lazio, tutte le regioni del Sud e le Isole (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna) presentano un tasso di ospedalizzazione complessivo sensibilmente superiore a quello nazionale. Per buona parte di queste regioni il risultato è determinato da un eccesso di ricoveri, sia in RO che diurno. La Liguria, il Lazio e la Basilicata presentano un TD standardizzato superiore alla media nel regime diurno. La PA di Bolzano, la Puglia, l'Abruzzo e la Sardegna, al contrario, presentano un TD standardizzato elevato solo in regime ordinario ed un utilizzo del DH contenuto.

Tutte le regioni centro-settentrionali, ad eccezione della Liguria e del Lazio, presentano un TD in DH inferiori al dato nazionale.

TD DRG chirurgici

La Tabella 1 ed il Grafico 4 mostrano la distribuzione regionale del TD standardizzato per i DRG chirurgici. Rispetto ai DRG medici, la variabilità regionale del TD dei DRG chirurgici è sensibilmente inferiore e distribuita in maniera abbastanza omogenea tra ricoveri in RO ed in DS. Il range del TD generale oscilla tra il 53,7 (per 1.000) della Calabria e 1'82,6 (per 1.000) della Valle d'Aosta, con un valore nazionale di 71,2 (per 1.000). Si rileva un leggero gradiente geografico con TD generalmente più alti nelle regioni del Centro e del Nord, specie per la quota di attività effettuata in regime diurno. Le PA di Trento e Bolzano e 7 regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Marche, Abruzzo e Campania) hanno un TD standardizzato superiore a quello nazionale. Tre regioni (Toscana, Calabria e Sardegna) mostrano TD inferiori al valore di 65,0 (per 1.000).

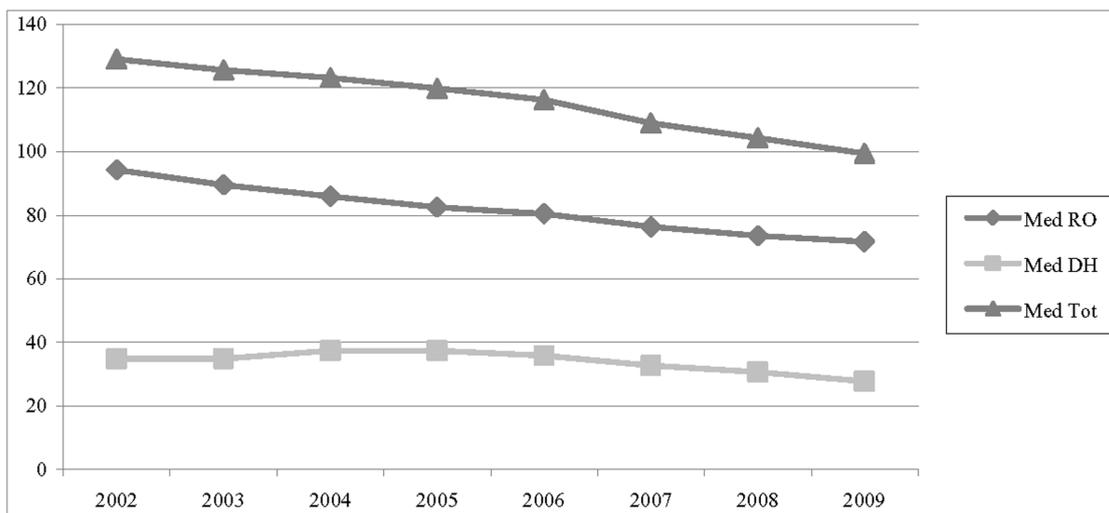
Il range dei TD in regime ordinario varia tra il valore minimo della Calabria (37,6 per 1.000) ed il valore massimo della Valle d'Aosta (57,6 per 1.000), con un valore nazionale pari a 47,7 (per 1.000). Per i ricoveri in DH il dato nazionale è pari a 23,5 (per 1.000). Il valore massimo si registra nella PA di Trento (40,8 per 1.000), mentre il valore minimo sempre in Calabria (16,1 per 1.000). La Tabella 1 ed il Grafico 5 mostrano la percentuale di dimessi con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri, sia per la modalità di RO che per quella in DH. Tale indicatore, previsto nel set di indicatori di appropriatezza introdotti dal Patto per la Salute 2010-2012, mette in evidenza come, a livello nazionale, la quota di dimessi con DRG chirurgico continui a crescere rappresentando, ormai, il 41,7% del totale dei ricoveri (40,8% nel 2010) (2). Per quanto riguarda la modalità di ricovero, la percentuale dei dimessi con un DRG chirurgico è del 39,9% per i pazienti ricoverati in regime di RO e del 45,8% per quelli trattati in DH.

L'indicatore considerato presenta un'elevata variabilità regionale con valori compresi tra il 31,2% della Calabria ed il 52,0% del Piemonte. Il confronto regio-

nale relativo alla modalità di ricovero mostra come la variabilità sia molto elevata per i ricoveri in DH, *range* compreso tra il 31,6% della Calabria ed il 72,9% della PA di Trento, mentre è più contenuta se si considera la

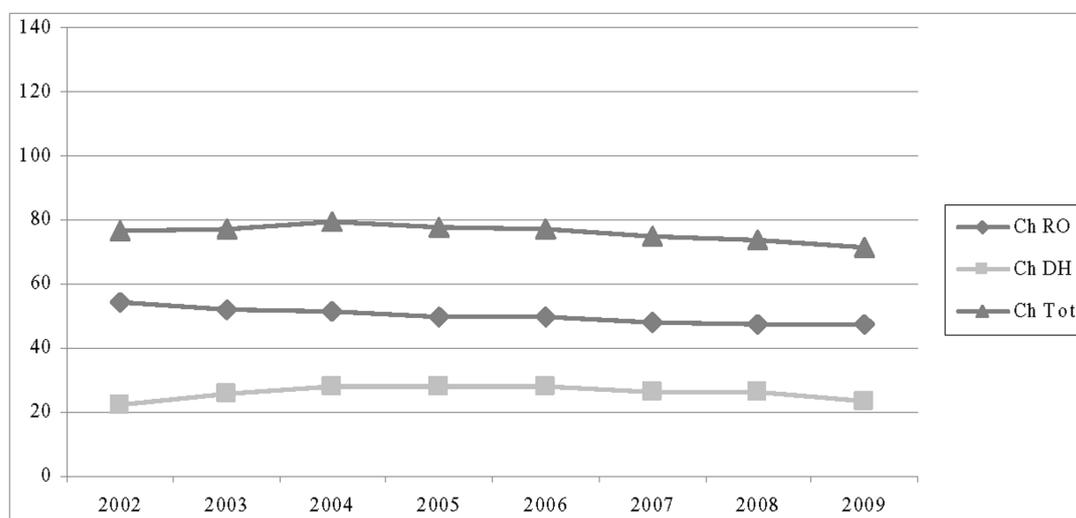
modalità di RO, con valori compresi tra il 31,0% della Calabria ed il 49,7% del Piemonte. Le regioni settentrionali presentano, tendenzialmente, percentuali più elevate di dimessi con un DRG chirurgico.

Grafico 1 - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici e regime di ricovero - Anni 2002-2009



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

Grafico 2 - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG chirurgici e regime di ricovero - Anni 2002-2009



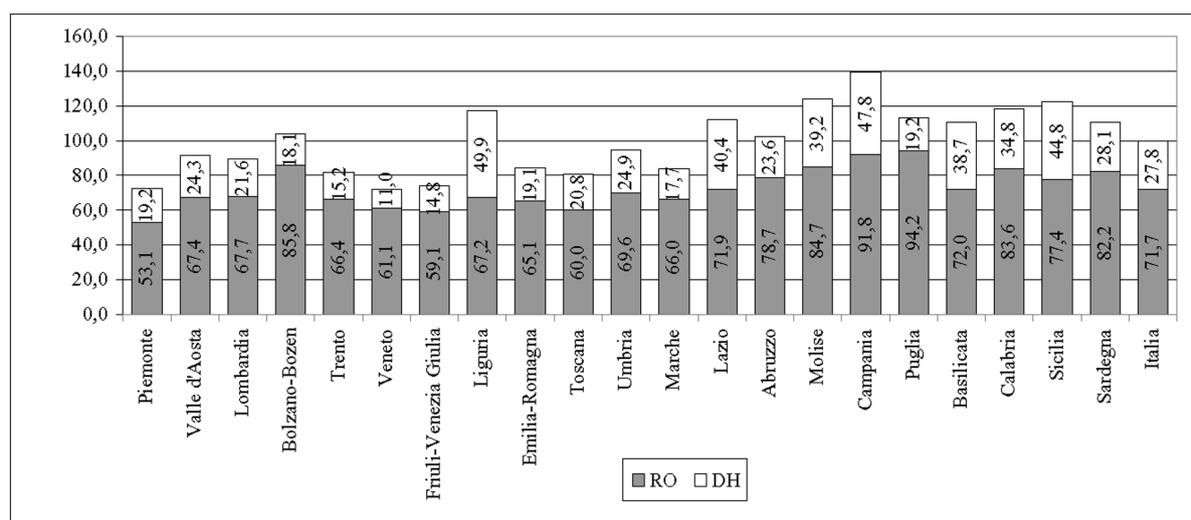
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

Tabella 1 - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici e chirurgici e variazione percentuale in regime di ricovero e regione - Anno 2009

Regioni	DRG Medici			DRG Chirurgici			% DRG Chirurgici		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	53,1	19,2	72,3	52,3	25,9	78,2	49,7	57,4	52,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	67,4	24,3	91,7	57,6	25,0	82,6	46,1	50,7	47,4
Lombardia	67,7	21,6	89,4	54,6	17,2	71,8	44,6	44,3	44,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>85,8</i>	<i>18,1</i>	<i>103,9</i>	<i>45,4</i>	<i>31,0</i>	<i>76,5</i>	<i>34,6</i>	<i>63,2</i>	<i>42,4</i>
<i>Trento</i>	<i>66,4</i>	<i>15,2</i>	<i>81,5</i>	<i>40,4</i>	<i>40,8</i>	<i>81,2</i>	<i>37,9</i>	<i>72,9</i>	<i>49,9</i>
Veneto	61,1	11,0	72,1	41,3	28,3	69,7	40,3	72,1	49,2
Friuli Venezia Giulia	59,1	14,8	73,9	46,0	23,0	69,0	43,8	60,8	48,3
Liguria	67,2	49,9	117,1	41,8	34,3	76,1	38,4	40,7	39,4
Emilia-Romagna	65,1	19,1	84,2	48,2	21,9	70,0	42,5	53,4	45,4
Toscana	60,0	20,8	80,8	44,7	19,9	64,6	42,7	48,9	44,4
Umbria	69,6	24,9	94,5	49,8	20,0	69,8	41,7	44,6	42,5
Marche	66,0	17,7	83,8	51,6	27,9	79,5	43,9	61,1	48,7
Lazio	71,9	40,4	112,3	47,4	21,0	68,4	39,7	34,2	37,9
Abruzzo	78,7	23,6	102,3	47,6	28,6	76,2	37,7	54,8	42,7
Molise	84,7	39,2	123,9	45,2	21,9	67,1	34,8	35,9	35,1
Campania	91,8	47,8	139,6	48,7	27,3	76,0	34,7	36,4	35,3
Puglia	94,2	19,2	113,3	54,4	19,5	73,9	36,6	50,4	39,5
Basilicata	72,0	38,7	110,7	41,3	26,7	68,0	36,4	40,8	38,0
Calabria	83,6	34,8	118,4	37,6	16,1	53,7	31,0	31,6	31,2
Sicilia	77,4	44,8	122,3	39,9	29,5	69,4	34,0	39,7	36,2
Sardegna	82,2	28,1	110,3	40,2	22,9	63,1	32,8	44,9	36,4
Italia	71,7	27,8	99,5	47,7	23,5	71,2	39,9	45,8	41,7

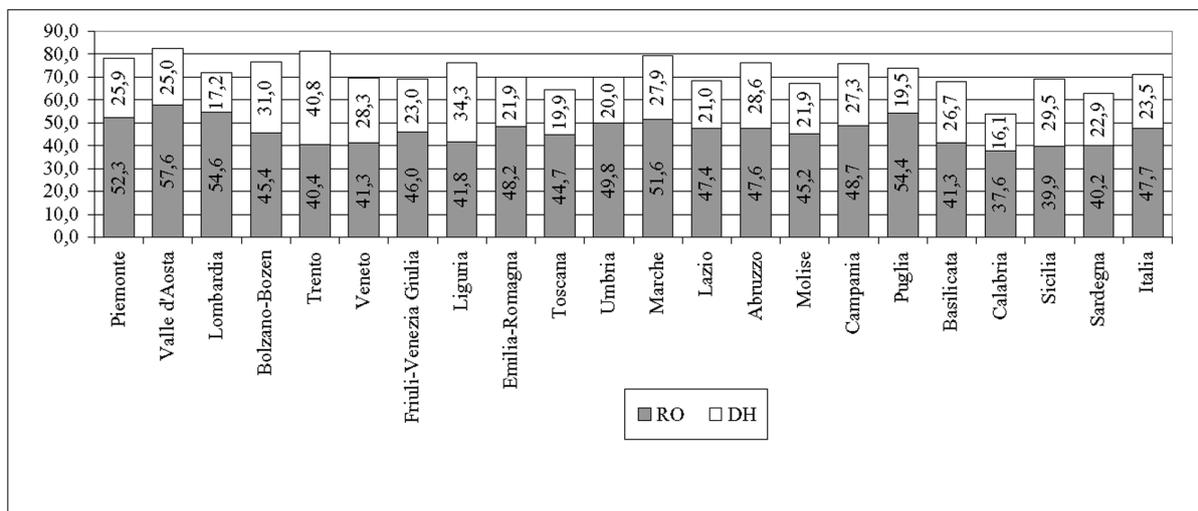
Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

Grafico 3 - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici, regime di ricovero e regione - Anno 2009

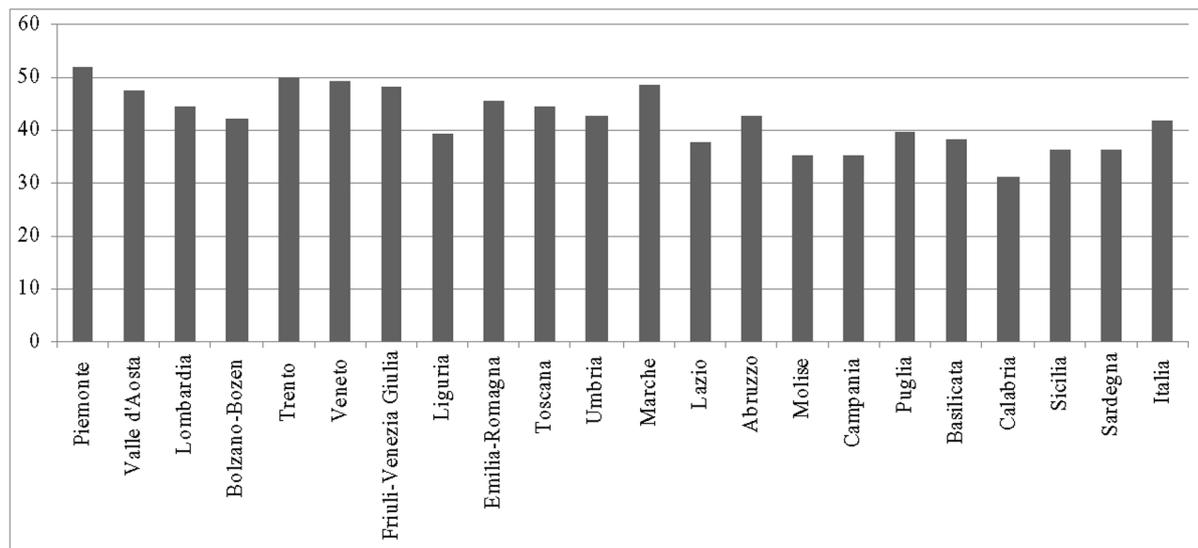
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

Grafico 4 - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG chirurgici, regime di ricovero e regione - Anno 2009



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

Grafico 5 - Percentuale di DRG chirurgici sul totale dei dimessi per regione - Anno 2009



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

Raccomandazioni di Osservasalute

La notevole riduzione del tasso di ospedalizzazione per DRG medici e chirurgici registrata a partire dal 2002 (Rapporto Osservasalute 2010) riflette e consente di valutare l'efficacia delle politiche messe in campo, nel periodo considerato, dalle regioni per contrastare il fenomeno dell'inappropriatezza dei ricoveri.

Ad una iniziale contrazione della quota di DRG medici in RO ha fatto seguito, negli ultimi anni, sulla spinta delle indicazioni di carattere normativo e della generale tendenza al potenziamento della rete diagnostica ambulatoriale, un più diffuso utilizzo del

Day Service e della chirurgia ambulatoriale ed una generale e sensibile contrazione dei TD per tutte le tipologie e le modalità di ricovero considerate, in tutte le regioni, comprese quelle meridionali. Nonostante tale diffusa riduzione dei ricoveri, persiste comunque una forte variabilità regionale, specialmente per i DRG medici. Per allineare il valore nazionale del TD dei ricoveri medici a quello delle regioni che presentano le migliori performance, occorre continuare ad introdurre misure correttive adeguate per razionalizzare la rete ospedaliera, finalizzando le azioni verso un uso appropriato dell'ospedale per le patologie acute, ad una più efficace inte-

grazione ospedale-territorio ed allo sviluppo dei servizi assistenziali distrettuali.

Per i DRG chirurgici la riduzione del TD è stata meno marcata e questo fenomeno ha determinato negli ospedali un costante incremento della quota di pazienti chirurgici, contribuendo ad innalzare la complessità ed il peso della casistica trattata. A tale fenomeno ha contribuito anche il progressivo trasferimento delle attività chirurgiche minori verso il regime diurno ed ambulatoriale. Anche questa tendenza non è omogenea nelle diverse realtà regionali e, quindi, è necessario adottare, soprattutto dove il TD per DRG chirurgici presenta ancora scostamenti significativi, interventi normativi e Linee Guida per definire i *setting* assistenziali più appropriati con l'obiettivo di trasferire, verso il regime di DS, un'ulteriore quota di attività ancora effettuata in RO, nonché stabilire modalità tecniche ed organizzative per gestire in sicurezza gli interventi chirurgici a basso rischio e bassa complessità in regime ambulatoriale extradegenza.

Al fine di garantire equità di accesso e sicurezza delle prestazioni erogate, occorrerebbe anche chiedersi

se il presunto eccesso o difetto di ospedalizzazione rilevato in alcune regioni per le attività chirurgiche, sia da attribuire a differenze epidemiologiche (diversa incidenza delle patologie), organizzative (trasferimento degli interventi meno complessi in regime extradegenza), oppure ad un sotto/sovra dimensionamento dell'offerta in grado, rispettivamente, di limitare o amplificare le possibilità di accesso alle prestazioni (domanda soddisfatta).

L'analisi condotta non consente di proporre evidenze o trarre conclusioni a tale proposito e, quindi, sarebbe auspicabile ed utile ampliare e raffinare il campo di indagine con studi *ad hoc* in grado di fornire ulteriori elementi di conoscenza al riguardo.

Riferimenti bibliografici

(1) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le PA di Trento e Bolzano. Allegato 3 del Patto per la Salute 2010-2012. Provvedimento del 3 Dicembre 2009. Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010.

(2) Pieroni G., Belletti M., Cacciari P., Franchino G., Sferrazza A., Ceccolini C., Fantini M.P.; Ospedalizzazione per DRG medici e chirurgici. Osservalute 2010; pg 409.

Degenza media

Significato. La degenza media, ovvero la durata media della degenza ospedaliera espressa in giorni, è un indicatore sintetico di efficienza ospedaliera, calcolabile per i ricoveri effettuati in regime di Ricovero Ordinario (RO). Questo indicatore, oltre a fornire una misura dell'efficienza operativa ed organizzativa ospedaliera, è fortemente influenzato dalla complessità di tipo sanitario-assistenziale dei casi trattati. Per approfondire l'analisi della degenza media si è proceduto alla standardizzazione di questo indicatore rispetto al *case mix*. La degenza media regionale standardizzata per *case mix* rappresenta il valore teorico-atteeso che si osserverebbe della degenza media,

se ogni regione presentasse una casistica di ricoveri ospedalieri della medesima complessità di quella dello standard di riferimento. Tale standard di riferimento è la composizione per DRG dei dimessi dell'intera casistica nazionale.

In altre parole è una degenza media “non reale” o “attesa”: una diminuzione di tale valore, a seguito della standardizzazione, sta a significare che la regione ha una casistica ospedaliera di complessità maggiore rispetto a quella nazionale; al contrario, un aumento della degenza media standardizzata indica la presenza di una casistica con minore complessità.

Degenza media*

Numeratore Giornate di degenza erogate in regime di Ricovero Ordinario

Denominatore Dimissioni totali in regime di Ricovero Ordinario

*La formula della standardizzazione per *case mix* è riportata nel Capitolo “Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati”.

Validità e limiti. Nel calcolo della degenza media sono stati esclusi i ricoveri dei neonati sani e sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti, in regime di degenza ordinaria, effettuati da tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale. La lettura della degenza media grezza e standardizzata non è sufficiente a descrivere l'efficienza ospedaliera.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi aggiornati sulla degenza media. Si è osservato, nel tempo, una progressiva tendenza alla riduzione della durata della degenza ospedaliera, sia per effetto dell'introduzione del finanziamento prospettico delle prestazioni ospedaliere, sia per le politiche sanitarie in materia di appropriatezza.

Descrizione dei risultati

La degenza media grezza, nel 2009, si assesta a livello nazionale a 6,7 giorni. Un'analisi temporale della degenza media evidenzia che, nel periodo 2002-2009, essa è rimasta sostanzialmente stabile (Grafico 1) con un lieve decremento nell'ultimo anno rilevato; consi-

derando che è aumentata, nel tempo, la complessità della casistica trattata, in termini di peso medio dei ricoveri classificati con il sistema DRG, si osserva un chiaro miglioramento nell'utilizzo più efficiente dell'ospedale.

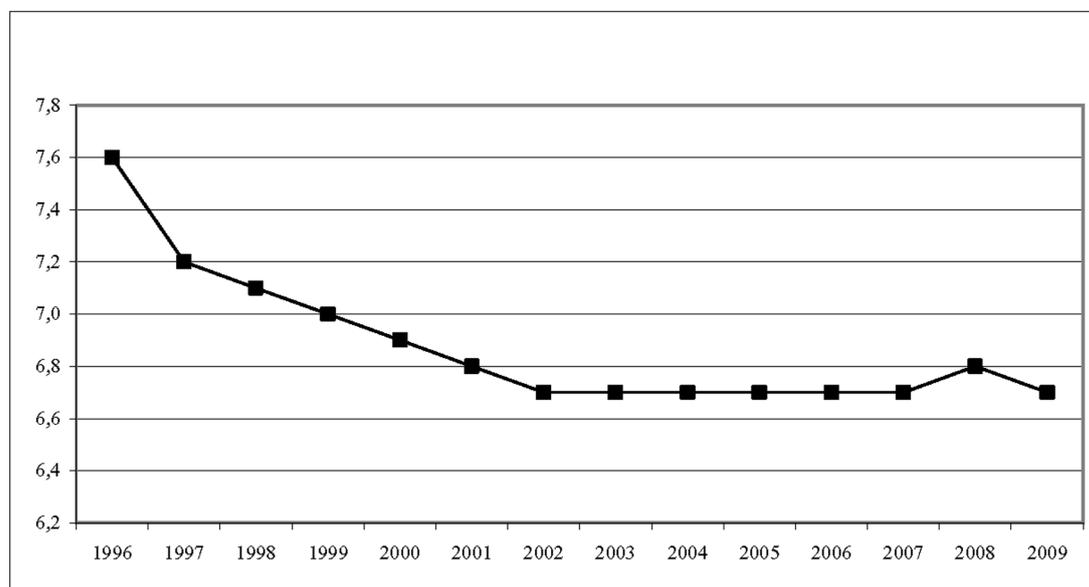
La degenza media standardizzata per *case mix* varia tra il valore minimo di 6,2 della Campania e dell'Umbria al valore massimo di 7,7 della Valle d'Aosta e del Veneto.

La distribuzione dei valori regionali evidenzia un gradiente Nord-Sud, con la tendenza per la maggior parte delle regioni del Nord alla diminuzione rispetto alla degenza media, dei valori assunti dalla degenza media standardizzata per *case mix*, indicativi di una maggiore efficienza operativa a parità di casistica trattata; nelle regioni del Sud, invece, e nel Lazio, si osserva, in generale, una tendenza all'aumento della degenza media standardizzata per *case mix*, che mette in evidenza una minore efficienza operativa, in termini di consumo di giornate di degenza, per il trattamento e la cura di una casistica con la stessa composizione per DRG di quella nazionale.

Tabella 1 - Degenza media (grezza e standardizzata per case mix) per regione - Anni 2006-2009

Regioni	2006		2007		2008		2009	
	Grezza	Std	Grezza	Std	Grezza	Std	Grezza	Std
Piemonte	8,1	7,5	8,1	7,5	8,2	7,6	7,1	7,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,5	7,6	8,1	7,4	7,9	7,6	8,2	7,7
Lombardia	6,5	6,6	6,6	6,8	6,6	6,9	6,6	6,9
Bolzano-Bozen	6,7	7,0	6,6	7,0	6,7	7,0	6,8	7,0
Trento	7,8	7,5	7,9	7,6	8,0	7,8	8,0	7,6
Veneto	7,9	7,6	8,0	7,7	8,0	7,7	8,1	7,7
Friuli Venezia Giulia	7,5	7,1	7,4	7,1	7,4	7,1	7,5	7,2
Liguria	7,8	6,9	7,8	6,9	8,0	7,0	8,1	7,1
Emilia-Romagna	6,6	6,3	6,6	6,4	6,5	6,4	6,4	6,3
Toscana	7,4	6,8	7,3	6,7	7,3	6,6	6,7	6,3
Umbria	6,3	6,2	6,4	6,3	6,5	6,4	6,0	6,2
Marche	6,9	6,8	6,9	6,8	6,9	6,9	6,9	6,8
Lazio	7,5	7,7	7,3	7,5	7,1	7,3	7,0	7,2
Abruzzo	5,8	6,4	6,2	6,5	6,6	6,7	6,8	6,8
Molise	7,0	7,3	6,9	7,2	6,9	7,2	6,9	7,2
Campania	5,4	6,2	5,4	6,3	5,5	6,3	5,5	6,2
Puglia	6,2	6,6	6,2	6,7	6,2	6,7	6,3	6,6
Basilicata	6,7	6,7	6,9	6,8	7,0	6,9	6,9	6,8
Calabria	6,2	6,8	6,3	6,9	6,4	6,9	6,7	7,0
Sicilia	5,9	6,2	6,0	6,2	6,1	6,3	6,2	6,3
Sardegna	6,7	7,3	6,8	7,3	6,7	7,2	6,9	7,3
Italia	6,7	6,7	6,7	6,7	6,8	6,8	6,7	6,7

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

Grafico 1 - Degenza media per acuti - Anni 1996-2009

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

Raccomandazioni di Osservasalute

Oltre alla valutazione del *case mix*, di per sé importante per un'analisi non distorta delle informazioni relative alla degenza in ospedale, è importante valutare allo stesso tempo le capacità organizzative delle strutture di ricovero in relazione alla disponibilità ed accessibilità dei servizi.

In ogni caso, le analisi temporali di questo indicatore

rilevano che vi sono ancora margini di miglioramento in termini di riduzione della degenza media ospedaliera, soprattutto se viene analizzata per tipologia di ricovero e per età dei pazienti. Di qui si desume la necessità di collocare almeno funzionalmente le cure di lungodegenza e di riabilitazione nella sfera dell'assistenza territoriale, per poterle gestire in modo diverso e separato dalle attività di ricovero per acuti.

Degenza Media PreOperatoria per le procedure chirurgiche

Significato. L'indicatore Degenza Media PreOperatoria (DMPO) descrive il tempo medio trascorso in ospedale prima di eseguire un intervento chirurgico in regime di Ricovero Ordinario (RO), il più delle volte per effettuare accertamenti diagnostici o altre attività terapeutiche ed assistenziali propedeutiche all'intervento stesso. Di recente, è stato inserito nel *set* di indicatori di appropriatezza presi come riferimento dal Patto per la Salute 2010-2012 (1).

Nella grande maggioranza dei ricoveri programmati tali attività possono e dovrebbero essere effettuate nel periodo pre-ricovero attraverso la rete ambulatoriale, il Day Service o il Day Hospital (DH). Per i ricoveri in urgenza da Pronto Soccorso è quasi sempre possibile snellire l'*iter* clinico ed assistenziale in degenza

attraverso l'adozione di adeguati modelli organizzativi, come ad esempio percorsi diagnostici preferenziali e sale operatorie e/o sedute chirurgiche dedicate. Il dato della DMPO può essere, pertanto, assunto come indicatore *proxy* della capacità di una struttura e di un determinato contesto organizzativo di assicurare una efficiente gestione del percorso preoperatorio in elezione e di pianificare con efficacia l'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica. Una elevata DMPO denota, generalmente, difficoltà di accesso ai servizi diagnostici ospedalieri o extraospedalieri alternativi al tradizionale ricovero che si traduce in un uso, potenzialmente inappropriato, dei posti letto e delle risorse umane e materiali riservate alla degenza ordinaria.

Degenza Media PreOperatoria per Ricoveri Ordinari standardizzata per case mix*

Numeratore Giornate di Degenza PreOperatoria per DRG chirurgici

Denominatore Dimissioni con DRG chirurgici

*La formula della standardizzazione per *case mix* è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. L'indicatore non è influenzato da fattori confondenti quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina chirurgica. Quando si confrontano casistiche regionali che, verosimilmente, comprendono tutti i DRG chirurgici, deve essere posta la massima attenzione alla variabilità determinata dal diverso *case mix* trattato dalle realtà considerate.

Pertanto, per rendere quanto più possibile significativo il confronto dei dati rilevati nelle singole regioni, la DMPO, degli anni 2006 e 2009, è stata standardizzata per il *case mix* trattato in ciascuna struttura indagata. Per la costruzione dell'indicatore sono state considerate tutte le procedure chirurgiche principali eseguite, ad eccezione di quelle relative al Capitolo 16 "Miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche" della classificazione ICD-9-CM.

Valore di riferimento/Benchmark. L'allegato 2 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 prevede come benchmark il valore medio registrato nelle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza. In questa sede riteniamo che il valore medio nazionale possa essere assunto come riferimento per il confronto delle diverse *performance*, mentre i valori più bassi di DMPO rilevati forniscono una misura rappresentativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso assistenziale preoperatorio messe in atto, rispetto a valori di DMPO più elevati.

Descrizione dei risultati

La Tabella 1 mette a confronto i valori di DMPO standardizzati per *case mix* rilevati nel 2006 e nel 2009, per regione di ricovero.

In generale, la ricerca di efficienza legata al processo di aziendalizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale, ha determinato una forte riduzione della DMPO già negli anni antecedenti a quelli considerati in questo contesto. Nel periodo in esame, la DMPO, a livello nazionale, registra una riduzione assai modesta in rapporto ai potenziali margini di miglioramento che sono resi evidenti dalla estrema e costante variabilità dell'indicatore nel confronto tra le diverse regioni.

Tra il 2006 ed il 2009 la DMPO standardizzata a livello nazionale ha subito una lieve riduzione (da 2,00 a 1,88 giorni), mentre il *range* dei valori rilevati ha subito una contrazione più marcata (Tabella 1 e Grafico 1).

Infatti, tra il 2006 ed il 2009, il *range* della DMPO standardizzata si è ridotto da 1,66 giorni (1,22 della Valle d'Aosta contro 2,88 giorni del Lazio) a 1,04 giorni (1,44 delle Marche contro 2,48 giorni del Lazio).

L'analisi dei dati regionali mostra che tutte le regioni hanno un valore in lieve diminuzione, ad eccezione di Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Lombardia e PA di Bolzano che mostrano un lieve incremento. Tale incremento è, comunque, di lieve entità ed ad appannaggio esclusivo di regioni che già presentavano valori molto più bassi del valore nazionale. La regione in cui si registra la riduzione maggiore della DMPO è il

Lazio che, tuttavia, presenta ancora il valore più alto in assoluto. Anche nel 2009 si conferma un valore al di sotto del dato nazionale nella maggior parte delle regioni del Nord e del Centro, mentre il valore resta al di sopra di quello nazionale in Lazio, Liguria ed in tutte le regioni del Mezzogiorno. La Tabella 2 ed il Grafico 2 mostrano la DMPO standardizzata scomposta per genere. La DMPO risulta essere maggiore per gli uomini rispetto alle donne, sia a livello nazionale

che regionale. Anche la variabilità regionale è sensibilmente più elevata per gli uomini. Infatti, il *range* registrato tra gli uomini è di 1,32 giorni (1,55 della Toscana contro 2,87 giorni del Lazio), mentre per le donne è di 0,88 giorni (1,31 giorni delle Marche contro 2,19 giorni della Campania e del Lazio).

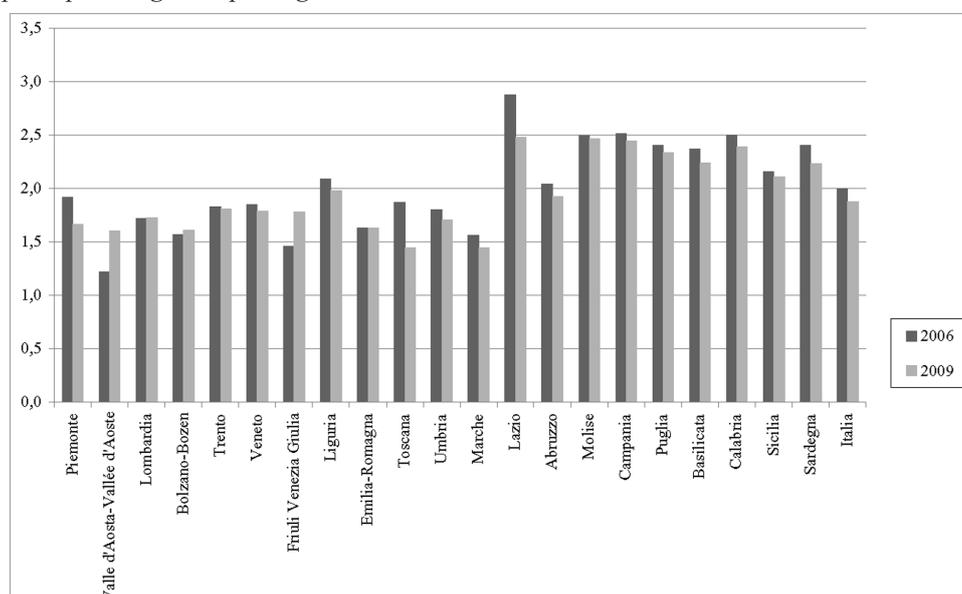
Dalla lettura dei dati si evidenzia che le regioni che presentano una DMPO più elevata hanno, tendenzialmente, un *gap* uomini-donne più marcato.

Tabella 1 - Degenza Media PreOperatoria standardizzata per case mix in regime di RO per acuti, per tutte le procedure principali eseguite e per regione - Anni 2006, 2009

Regioni	2006	2009
Piemonte	1,92	1,66
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,22	1,61
Lombardia	1,72	1,73
Bolzano-Bozen	1,57	1,61
Trento	1,83	1,81
Veneto	1,85	1,79
Friuli Venezia Giulia	1,46	1,78
Liguria	2,09	1,98
Emilia-Romagna	1,63	1,63
Toscana	1,87	1,45
Umbria	1,80	1,71
Marche	1,56	1,44
Lazio	2,88	2,48
Abruzzo	2,04	1,93
Molise	2,49	2,47
Campania	2,51	2,44
Puglia	2,40	2,34
Basilicata	2,37	2,24
Calabria	2,50	2,39
Sicilia	2,16	2,11
Sardegna	2,40	2,23
Italia	2,00	1,88

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

Grafico 1 - Degenza Media PreOperatoria standardizzata per case mix in regime di RO per acuti, per tutte le procedure principali eseguite e per regione - Anni 2006, 2009



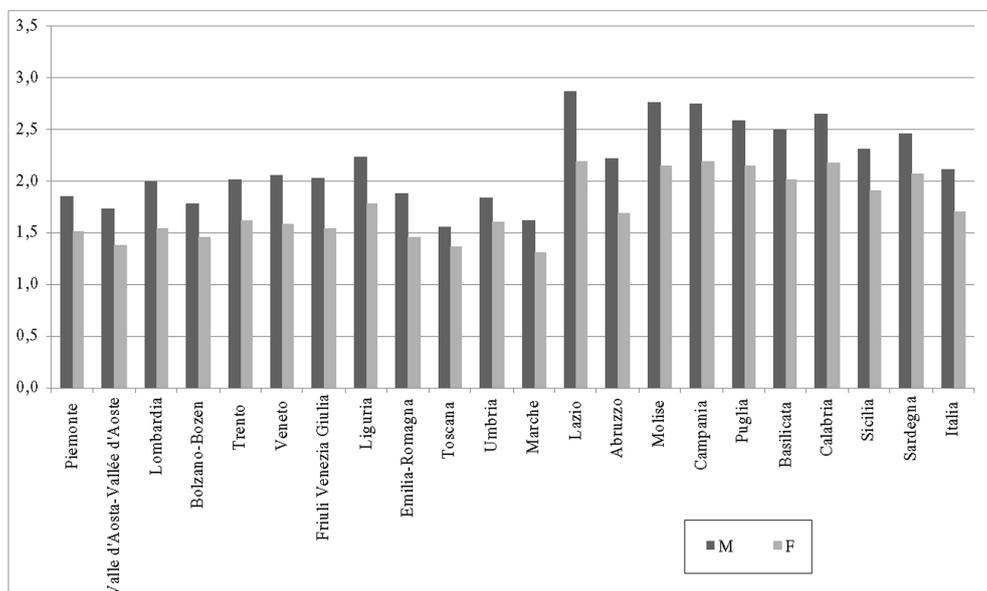
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

Tabella 2 - Degenza Media PreOperatoria standardizzata per case mix in regime di RO per acuti, per tutte le procedure principali eseguite, per genere e regione - Anno 2009

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	1,86	1,52
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,74	1,38
Lombardia	2,00	1,55
Bolzano-Bozen	1,78	1,46
Trento	2,02	1,61
Veneto	2,06	1,59
Friuli Venezia Giulia	2,03	1,54
Liguria	2,24	1,78
Emilia-Romagna	1,88	1,45
Toscana	1,55	1,36
Umbria	1,84	1,60
Marche	1,61	1,31
Lazio	2,87	2,19
Abruzzo	2,22	1,69
Molise	2,76	2,15
Campania	2,75	2,19
Puglia	2,59	2,15
Basilicata	2,51	2,01
Calabria	2,65	2,17
Sicilia	2,31	1,91
Sardegna	2,46	2,07
Italia	2,12	1,70

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

Grafico 2 - Degenza Media PreOperatoria standardizzata per case mix in regime di RO per acuti, per tutte le procedure principali eseguite, per genere e regione - Anno 2009



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati della DMPO presentati riguardano sia i ricoveri programmati che quelli urgenti. I dati rilevati confermano l'efficacia delle misure adottate in alcune regioni, in particolare quelle del Nord, per riorganizzare i percorsi assistenziali ospedalieri e, nel contempo, per migliorare l'accessibilità ai servizi diagnostici extraospedalieri in funzione dell'appropriatezza d'uso dell'ospedale. Si evidenziano, inoltre, i primi

sensibili miglioramenti in alcune delle regioni che presentavano le situazioni più critiche, segno dei primi positivi effetti delle misure adottate in tal senso. Un'attenta gestione dei percorsi preoperatori per i ricoveri programmati e l'adozione di Linee Guida per codificare le prassi assistenziali ed organizzative da adottare per i ricoveri effettuati in urgenza, possono evitare, in entrambi i casi, attese ingiustificate e ritardi nell'esecuzione dell'intervento chirurgico. I dati

rilevati dimostrano che è possibile migliorare sensibilmente la gestione preoperatoria del paziente, con l'obiettivo di aumentare l'efficienza complessiva del percorso chirurgico. Un'attenzione in tal senso andrebbe, comunque, a vantaggio anche del gradimento, dell'efficacia, della sicurezza e degli esiti degli interventi stessi. A tale proposito occorre considerare che diversi studi hanno dimostrato un'evidente correlazione tra una elevata DMPO e l'incidenza di infezioni ospedaliere preoperatorie. Si aggiunga che, se il sistema di rimborso a prestazione e le opportunità offerte dall'evoluzione scientifica e tecnologica hanno favorito la progressiva riduzione della degenza media dei ricoveri chirurgici in degenza ordinaria, sia i clinici che varie organizzazioni di tutela dei pazienti ritengono più utile ed etico che la ricerca dell'efficienza ed il "guadagno" in termini di giornate di degenza risparmiate siano perseguiti soprattutto

attraverso l'ottimizzazione dei percorsi preoperatori, piuttosto che con politiche assistenziali volte a favorire la dimissione precoce, a volte intempestiva, dei pazienti operati. Le evidenze rilevate e queste considerazioni dovrebbero spingere tutte le regioni a monitorare con attenzione il fenomeno, anche allo scopo di definire soglie massime della DMPO per i più frequenti DRG chirurgici. Resta da indagare il motivo della marcata differenza della DMPO tra il genere femminile ed il genere maschile ed, in particolare, se queste differenze persistono per la stessa tipologia di intervento.

Riferimenti bibliografici

(1) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le PA di Trento e Bolzano. Allegato 3 del Patto per la Salute 2010-2012, Provvedimento del 3 Dicembre 2009. Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010.

Percentuale di interventi per frattura del collo del femore

Significato. La frattura del collo del femore è un evento frequente tra la popolazione anziana ed è spesso causa di peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrispondono un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, un aumento delle complicanze legate all'intervento ed una minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale (1-2). Uno studio condotto in Italia e pubblicato nel 2010 mette in evidenza come la mortalità a 30 giorni, per i pazienti con età >65 anni operati per frattura di femore, sia due volte superiore nei pazienti operati dopo la seconda giornata di degenza rispetto ai pazienti operati entro 2 giorni (3). Il tempo di attesa per intervento per frattura di femore può essere considerato come uno dei principali indicatori *proxy* della qualità della gestione clinica e della presa in carico del paziente stesso. Unità Operative o strutture

ospedaliere che presentano tempi di attesa ridotti per interventi per frattura del collo del femore hanno, probabilmente, messo in campo dei modelli di gestione efficaci, non solo nella fase di accesso e preoperatoria, ma anche nelle fasi successive all'intervento (ad esempio riabilitativa), con possibili ricadute positive complessive sugli esiti clinici.

La percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro le 48 ore dal ricovero per pazienti con età >65 anni viene monitorata, a livello internazionale, dall'*Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD). Tale monitoraggio mostra che in Paesi come la Norvegia, la Svezia e la Finlandia, tra il 2004 ed il 2005, il valore dell'indicatore è superiore o prossimo al 90%, mentre in Paesi come l'Italia e la Spagna è inferiore al 40% (4). A livello nazionale l'indicatore, senza la variabile relativa all'età, è tra quelli inseriti nel *set* di indicatori di appropriatezza di cui all'allegato 2 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 del dicembre 2009.

Percentuale di interventi per frattura del collo del femore

Numeratore	Dimessi con diagnosi principale di frattura del collo del femore che abbiano subito l'intervento entro 2 giorni (48 ore) dal ricovero	
		x 100
Denominatore	Dimessi totali con diagnosi principale di frattura del collo del femore	

Validità e limiti. Viste le numerose evidenze scientifiche, il tempo di intervento rappresenta un valido indicatore della qualità delle cure prestate ai pazienti di età >65 anni con frattura del collo del femore. È opportuno sottolineare che una quota variabile di pazienti non potrà, comunque, essere operata entro le 48 ore perché, presentando comorbidità e complicanze cliniche, potrebbe in ogni caso richiedere più tempo per la stabilizzazione e ritardare, quindi, l'intervento chirurgico oltre i tempi auspicati. Nel calcolo sono inclusi i ricoveri per acuti in regime di Ricovero Ordinario (RO), 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 età ≥65 anni, con DRG chirurgico.

A differenza dell'indicatore dell'OECD, nella nostra rilevazione il numeratore dell'indicatore è rappresentato dagli interventi eseguiti entro 2 giorni e non entro 48 ore perché le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) da cui sono stati ricavati i dati non rilevano l'informazione legata alle ore, bensì alle giornate di attesa per l'intervento.

Valore di riferimento/Benchmark. La letteratura non fornisce valori di riferimento univoci anche se la quasi totalità dei pazienti dovrebbe ricevere l'intervento il 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 (5). L'allegato 2 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 prevede come benchmark il valore medio registrato nelle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza. 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*.

Descrizione dei risultati

Il fenomeno viene registrato attraverso l'andamento regionale dell'indicatore nel periodo 2001-2009. In Italia (Tabella 1 e Grafico 1), la percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni, per pazienti con età >65 anni, nel 2009 è uguale al 33,6%. Il valore dell'indicatore presenta una marcata variabilità regionale che va dall'82,8% della

PA di Bolzano al 15,8% della Campania.

Le regioni che presentano valori al di sotto del dato nazionale sono il Piemonte, la PA di Trento, l'Umbria, il Lazio e tutte le regioni meridionali, ad eccezione dell'Abruzzo. Oltre alla PA di Bolzano, altre 2 regioni hanno valori superiori al 50,0% (Marche e Toscana).

Dal 2001 al 2009 si è registrato un incremento (dal 31,2% al 33,6%). Nel periodo considerato solo poche regioni hanno modificato nella sostanza la loro *performance*. La percentuale di interventi eseguiti entro 2 giorni dal ricovero ha registrato un sensibile aumento in Valle d'Aosta, Liguria, Toscana e Marche, mentre in Emilia-Romagna e Lazio l'aumento è stato meno

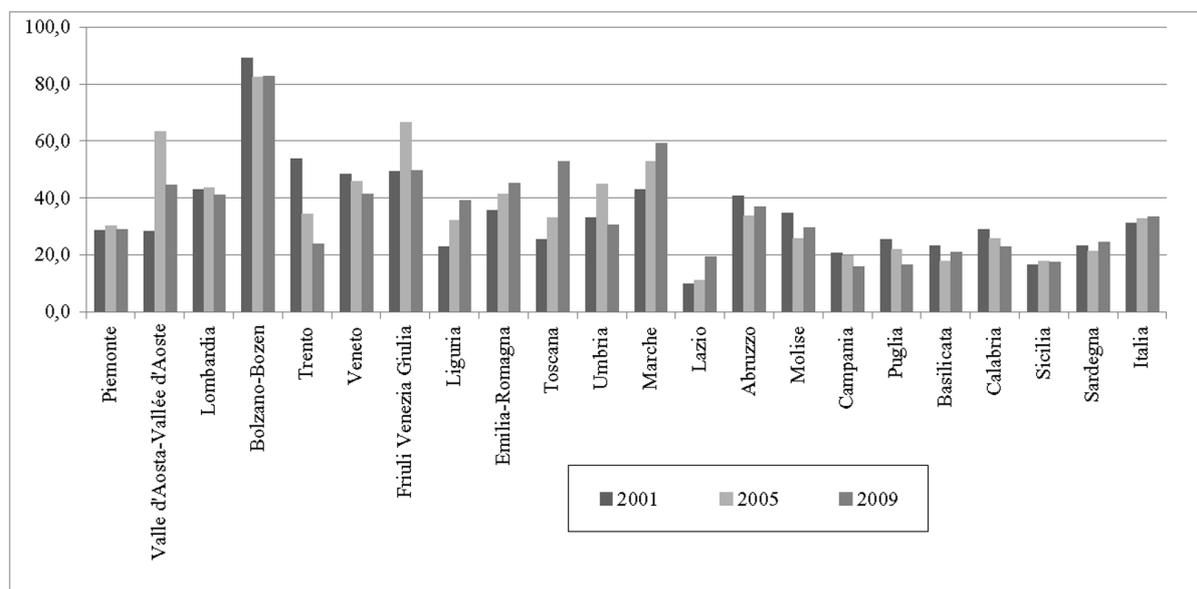
marcato. In alcune regioni (Puglia, Basilicata, Calabria, Campania e Molise), che nel 2001 presentavano una percentuale già inferiore al valore nazionale, si è verificata nel periodo un'ulteriore sensibile riduzione. Importanti riduzioni hanno interessato anche la PA di Trento, la PA di Bolzano, il Veneto, l'Umbria e l'Abruzzo che, comunque, presentavano situazioni di partenza molto migliori o almeno superiori al dato nazionale. Dall'analisi delle variazioni annuali dei dati in Tabella 1 risalta la Valle d'Aosta che, tra il 2002 ed il 2003, ha avuto un forte incremento (dal 36,4% al 63,2%), mentre si è fortemente ridotto, pur rimanendo al di sopra di quello nazionale, tra il 2008 ed il 2009.

Tabella 1 - Percentuale di pazienti operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2001-2009

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Piemonte	28,5	28,1	32,1	31,3	30,2	30,7	30,4	29,3	29,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	28,3	36,4	63,2	56,9	63,4	70,9	70,6	65,4	44,6
Lombardia	43,1	43,3	43,3	45,0	43,7	40,8	41,4	41,6	41,2
Bolzano-Bozen	89,2	88,2	86,2	82,5	82,4	79,6	81,7	81,7	82,8
Trento	53,9	56,7	50,8	41,4	34,4	27,6	27,4	26,9	24,0
Veneto	48,4	43,6	48,2	48,3	45,8	42,9	41,0	39,8	41,2
Friuli Venezia Giulia	49,4	51,3	56,6	59,7	66,6	62,7	62,4	53,8	49,7
Liguria	23,0	22,8	22,1	31,2	32,0	36,2	31,4	31,4	39,3
Emilia-Romagna	35,5	35,3	36,2	36,8	41,5	41,9	42,6	42,4	45,2
Toscana	25,3	29,5	34,1	34,2	33,1	32,7	37,4	46,4	53,0
Umbria	33,1	28,7	30,0	34,8	44,9	41,7	33,0	30,9	30,6
Marche	42,8	44,4	46,3	48,1	52,9	52,0	52,5	57,2	59,4
Lazio	9,9	10,4	13,4	12,7	11,0	11,8	14,7	16,9	19,3
Abruzzo	40,8	36,9	37,9	33,8	33,6	35,8	34,8	34,9	36,8
Molise	34,8	27,0	28,1	32,5	25,7	27,2	24,3	31,8	29,7
Campania	20,6	21,9	21,5	19,9	19,7	19,5	17,9	17,0	15,8
Puglia	25,4	27,5	25,0	22,1	22,0	21,1	17,7	17,1	16,5
Basilicata	23,1	20,1	15,5	19,7	17,7	16,6	18,1	16,9	21,0
Calabria	29,0	26,5	27,1	26,2	25,8	23,6	20,6	21,7	22,8
Sicilia	16,5	17,3	16,9	17,2	17,7	19,2	18,7	17,6	17,5
Sardegna	23,2	18,6	18,8	13,7	21,4	21,7	25,6	25,5	24,4
Italia	31,2	31,0	32,4	32,5	32,8	32,2	32,1	32,5	33,6

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

Grafico 1 - Percentuale di pazienti operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2001, 2005, 2009



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

Raccomandazioni di Osservasalute

Dai dati presentati è evidente che, in Italia, la percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni per pazienti con età >65 anni registra valori ancora piuttosto bassi e, purtroppo, in misura stabile nel tempo rispetto alle *performance* registrate in altri Paesi occidentali ed alle raccomandazioni presenti in letteratura.

Le possibili cause del ritardo dell'intervento per frattura del collo del femore possono essere sia cliniche che organizzative. Le cause cliniche sono legate alle condizioni del paziente, mentre quelle organizzative sono spesso legate alla disponibilità di sale operatorie e di sedute 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 con l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa per l'intervento riguardano, pertanto, sia l'ambito clinico che quello

organizzativo. Si può prevedere, come è già accaduto in alcune realtà italiane, la definizione e l'adozione di un percorso per il paziente fratturato (percorso ortogeriatrico) che va dal primo soccorso alla riabilitazione e che prevede un approccio integrato e coordinato tra più specialisti e professionisti (anestesista, internista, chirurgo, fisiatra, infermieri e fisioterapisti).

Riferimenti bibliografici

- (1) Acute management and immediate rehabilitation after hip fracture amongst people aged 65 years and over. Wellington, NZ: New Zealand Guidelines Group, June 2003.
- (2) Management of hip fracture in older people. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guideline Network. June 2009.
- (3) 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.
- (4) Health Care Quality Indicator Project 2006. OECD.
- (5) 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: <http://www.shfa.scot.nhs.uk>.

Utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inapproprietezza

Significato. L'indicatore descrive l'entità di utilizzo del Day Hospital (DH) nella popolazione residente rispetto al Ricovero Ordinario (RO) per i DRG medici definiti "ad alto rischio di inapproprietezza" se erogati in regime di degenza ordinaria. L'elenco aggiornato di tali DRG è contenuto nell'allegato B del Patto per la Salute 2010-2012, approvato il 3 dicembre 2009, ed è il risultato di un ampliamento della lista dei 43 DRG medici e chirurgici indicati nell'allegato B del DPCM 29 novembre 2001. Il Patto per la Salute presenta anche una lista di 24 prestazioni ad alto rischio di inapproprietezza se erogate in regime di Day Surgery e, quindi, da trasferire in regime ambulatoriale.

Il fenomeno da noi esaminato consente di monitorare genericamente la capacità delle regioni di recepire le indicazioni poste dalla programmazione del livello nazionale in ordine al trasferimento in DH, ovvero in regime ambulatoriale, dei DRG medici in esame, ma anche, ed in modo più specifico, il raggiungimento dei valori soglia delle percentuali di DH eventualmente

fissati in autonomia dalle singole regioni rispetto a tale obiettivo.

È importante sottolineare che la percentuale di ricoveri in DH, se analizzata isolatamente, non è espressione di appropriatezza e non consente di valutare compiutamente il fenomeno dei ricoveri medici impropri poiché influenzata da due variabili molto importanti: il tasso di dimissioni ospedaliere ed i volumi di prestazioni alternative effettuate in regime ambulatoriale e di Day Service (DS). In assenza di dati attendibili ed uniformi sul territorio nazionale riguardo i volumi di attività ambulatoriale, la relazione tra la percentuale di DH ed il tasso di dimissione standardizzato per età (TSD) per i DRG in esame, può fornire sia una misura indiretta dell'accessibilità e dell'utilizzo dei servizi ambulatoriali distrettuali in funzione della complessiva riduzione dei ricoveri considerati, sia consentire una valutazione della reale efficacia delle azioni adottate dalle regioni per migliorare l'appropriatezza organizzativa ed il corretto utilizzo del DH per tali DRG.

Percentuale di ricoveri in Day Hospital per i DRG medici a rischio di inapproprietezza

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Dimissioni ospedaliere in Day Hospital*
 Dimissioni ospedaliere in regime di Ricovero Ordinario ed in Day Hospital*

Tasso di dimissioni ospedaliere per i DRG medici a rischio di inapproprietezza**

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

Dimissioni ospedaliere (modalità ordinaria + Day Hospital)*
 Popolazione media residente

*Per i DRG medici considerati.

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

Validità e limiti. È opportuno precisare che negli scorsi anni questo indicatore è stato trattato utilizzando la lista dei 26 DRG medici "potenzialmente inappropriati" contenuti nel DPCM del 2001. L'indicatore presentato in questo Capitolo di Osservasalute non è, pertanto, confrontabile con quello degli anni precedenti e nemmeno può rappresentare una presentazione dei risultati raggiunti a seguito delle indicazioni contenute nel Patto per la Salute 2010-2012 poiché le stesse sono state emanate solo sul finire del 2009, anno oggetto di analisi. Pertanto, anche se qualche regione aveva ampliato la vecchia lista di DRG già in anni precedenti l'emanazione del nuovo elenco, il presente indicatore fornisce una fotografia della situazione esistente prima del recepimento delle nuove indicazioni e, quindi, rappresenta, di fatto, una solida base di confronto per valutare, in futuro, l'efficacia dei prov-

vedimenti che saranno messi in atto nelle singole realtà regionali.

Occorre, inoltre, considerare che la percentuale di ricoveri in DH per i DRG in esame può essere calcolata sui dimessi per regione di ricovero o sui dimessi per regione di residenza. Il calcolo per regione di ricovero valuta il comportamento dei produttori, ma non consente di effettuare corrette correlazioni con il tasso di ospedalizzazione dei DRG presi in esame. Per effettuare questa importante correlazione verranno presentati i dati relativi alla percentuale di utilizzo del DH per tutti i DRG medici a rischio di inapproprietezza calcolati sui dimessi per regione di residenza relativamente al 2009. Una verifica effettuata negli anni precedenti sui dati complessivi ha permesso, infatti, di rilevare che le differenze esistenti tra le due modalità di analisi non sono sostanziali. Nell'interpretazione

dei risultati occorre, tuttavia, tenere presente che il dato calcolato sui dimessi per regione di residenza comprende anche una quota più o meno elevata di pazienti trattati, a causa della mobilità passiva, presso strutture di altre regioni che potrebbero avere prassi e regole di accesso ai servizi difforni rispetto alla regione di residenza del paziente.

Come già anticipato, oltre ad illustrare la percentuale di utilizzo del DH del 2009 per i DRG medici “potenzialmente inappropriati”, sarà illustrato anche il confronto tra la percentuale di utilizzo del DH ed il tasso di ospedalizzazione complessivo rilevato nelle singole regioni per i DRG medici in esame. La percentuale di ricovero in DH consente di valutare il grado di appropriatezza del *setting* assistenziale, mentre il confronto con i rispettivi TSD è in grado di rendere evidente un eventuale eccesso di ospedalizzazione in presenza del quale anche una elevata percentuale di utilizzo del DH perderebbe significato riguardo l’obiettivo di fondo, posto dalle indicazioni normative, di contrastare il fenomeno dell’ospedalizzazione non appropriata, soprattutto attraverso il potenziamento delle attività ambulatoriali e/o di DS.

Valore di riferimento/Benchmark. L’allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 prevede per questo indicatore uno standard pari al valore medio delle regioni che garantiscano l’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza. In coerenza con la normativa di riferimento, ma tenendo conto delle osservazioni di cui si è fatto cenno nel precedente paragrafo, riteniamo che un’elevata percentuale di DH debba rappresentare l’obiettivo a cui tendere, ma solo in presenza di un basso TSD per il complesso dei DRG medici oggetto di analisi. In ragione dell’interdipendenza dei due parametri si ipotizza, pertanto, un valore di riferimento ottimale caratterizzato da una percentuale di DH superiore e da un TSD inferiore ai rispettivi valori nazionali, o meglio ai rispettivi valori mediani.

Descrizione dei risultati

L’analisi della percentuale di ricoveri in DH per i DRG medici a rischio di inappropriatazza per l’anno 2009 indica rilevanti differenze tra le regioni. A livello nazionale si registra un valore percentuale del 47,2% con il valore massimo registrato in Liguria (64,9%) e quello minimo registrato in Veneto (32,5%) (Tabella 1 e Grafico 1).

A differenza di altri indicatori di appropriatezza dell’assistenza ospedaliera, le differenze rilevate per questo singolo indicatore non presentano un evidente trend geografico tra Nord e Sud. Infatti, sebbene ci si dovrebbe aspettare che le regioni più attente nel perseguire l’obiettivo dell’appropriatezza dei ricoveri, tradizionalmente quelle del Centro-Nord, presentassero elevati valori di utilizzo del DH, l’aumentato uti-

lizzo del settore ambulatoriale ed una estesa attivazione dei DS da parte di alcune di queste regioni determina quadri di utilizzo dei diversi *setting* molto differenziati.

L’esame del TSD per i DRG medici considerati consente di aggiungere ulteriori elementi di analisi e di interpretare in maniera più compiuta il fenomeno. In particolare, è opportuno puntualizzare che per un’ottimale gestione del fenomeno dei ricoveri inappropriati il trasferimento in DH di una quota di RO a rischio di inappropriatazza dovrebbe essere attuato in un contesto in cui anche il TSD complessivo (in RO e DH) per questi DRG risulta non particolarmente elevato, ovvero inferiore alla media, in funzione del ricorso a forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero.

A tale riguardo l’analisi della Tabella 2 mostra che a livello nazionale il TSD del 2009 per i DRG medici a rischio di inappropriatazza risulta pari a 39,5 ricoveri per 1.000 abitanti, con un *range* di valori molto ampio compreso tra il 22,2 (per 1.000) del Veneto ed il 67,3 (per 1.000) della Campania. In questo caso la rilevante variabilità regionale è caratterizzata da una marcata variabilità geografica in quanto, ad eccezione del Lazio e della Liguria, le regioni del Centro e del Nord presentano TSD per i DRG in esame molto inferiori a quello nazionale, mentre tutte le regioni meridionali ed insulari mostrano una distribuzione di segno opposto, con le uniche eccezioni della Basilicata per le ospedalizzazioni in RO e della Puglia e dell’Abruzzo per il DH.

Un ulteriore contributo alla valutazione del fenomeno ed alla corretta comprensione della situazione esistente nelle diverse realtà regionali viene fornito dall’analisi congiunta e dal confronto dei due indicatori analizzati singolarmente in precedenza.

Considerando come valori di riferimento il valore mediano della percentuale di ricoveri effettuata in DH e dei TSD ospedalieri per i DRG medici a rischio di inappropriatazza, è possibile riportare su un grafico a quattro quadranti i valori degli indicatori rilevati nelle diverse realtà regionali. Il grafico fornisce quattro diverse rappresentazioni che riassumono con efficacia la situazione, i risultati conseguiti ed i possibili obiettivi di programmazione nelle varie realtà regionali (Grafico 2):

1. le regioni che associano un TSD superiore ed una percentuale di utilizzo del DH inferiore alla mediana (ad eccezione del Molise che presenta una percentuale uguale) esprimono situazioni in controtendenza rispetto alle indicazioni normative.

Un utilizzo improprio ed ampio del regime di RO dovrebbe, innanzitutto, essere contrastato con un migliore utilizzo del DH, ma, per ridurre l’eccesso di ospedalizzazione, dovrebbero essere parallelamente avviate azioni dirette a contenere la domanda di ricovero attraverso il potenziamento dei servizi diagnosti-

ci ed assistenziali distrettuali. In questa situazione si trovano 4 regioni (Puglia, Sardegna, Abruzzo e Calabria);

2. le 5 regioni che si posizionano nell'area caratterizzata da TSD e percentuale di utilizzo del DH superiori rispetto alla mediana esprimono un sovrautilizzo delle strutture di ricovero, soprattutto diurno, che potrebbe denotare una scarsa offerta e/o accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali. Lazio, Liguria, Campania, Basilicata e Sicilia registrano un andamento in tal senso che dovrebbe indurre a porre particolare attenzione, oltre che alla riduzione della domanda di ricovero, all'effettiva utilità ed appropriatezza d'uso del DH;

3. l'area caratterizzata da TSD inferiori e percentuale di utilizzo del DH superiore ai rispettivi valori medi, rappresenta una situazione teoricamente ottimale rispetto alle indicazioni normative. Si collocano in questa posizione, che esprime un ricorso minimo al RO per il set dei DRG medici a rischio di inappropriata ed un ampio utilizzo del DH e dei servizi extradegenza, il Piemonte, la Valle d'Aosta e la Toscana;

4. le regioni che presentano un TSD ed una percentuale di DH inferiore alla mediana (ad eccezione della

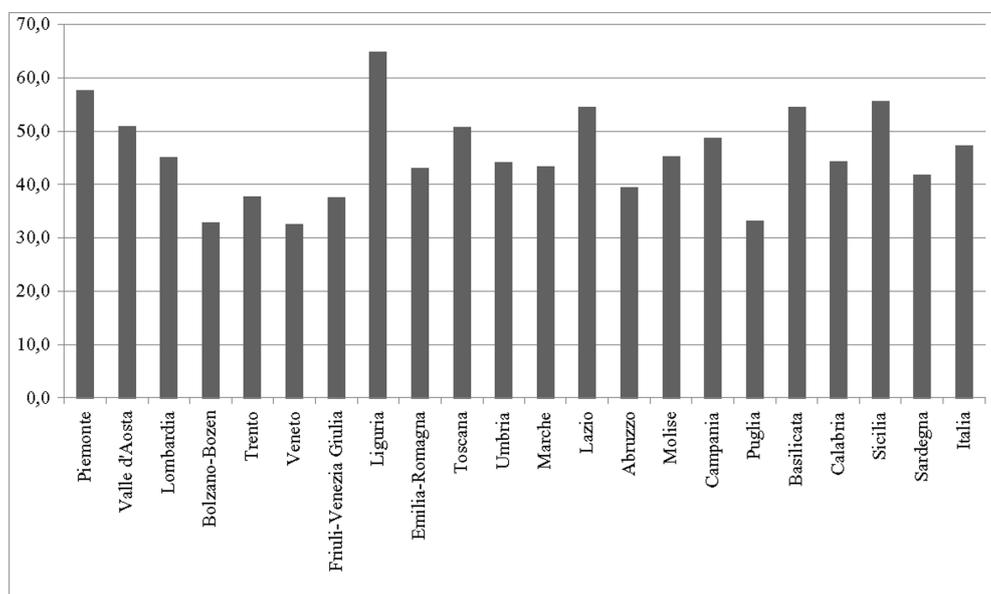
Lombardia che presenta una percentuale pari alla mediana) dimostrano come sia possibile adottare efficaci politiche di contrasto del fenomeno dell'inappropriatezza dei ricoveri contrastando anche un inappropriato ed eccessivo utilizzo del DH. Le azioni intraprese in queste regioni (PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Umbria, Marche e PA di Bolzano, che si posiziona sul valore mediano del TSD) hanno, probabilmente, interessato oltre che il settore ospedaliero anche l'individuazione di percorsi diagnostici terapeutici extradegenza e l'attivazione di modelli organizzativi alternativi al DH, come ad esempio l'attivazione di DS e/o la definizione di pacchetti di prestazioni ambulatoriali. È evidente che in queste realtà l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione per i DRG medici a rischio di inappropriata è stata giocata sia sul fronte del RO che del DH, facendo leva sul livello di offerta, su migliori *performance* e sull'accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali e distrettuali.

Purtroppo, le lacune informative ancora esistenti riguardo alla rilevazione delle attività ambulatoriali, costituiscono un limite per un'oggettiva ed esaustiva valutazione delle azioni rivolte in questa direzione.

Tabella 1 - Percentuale di utilizzo del DH per DRG medici a rischio di inappropriata per regione - Anno 2009

Regioni	%
Piemonte	57,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	50,9
Lombardia	45,2
Bolzano-Bozen	32,8
Trento	37,8
Veneto	32,5
Friuli Venezia Giulia	37,6
Liguria	64,9
Emilia-Romagna	43,1
Toscana	50,7
Umbria	44,2
Marche	43,3
Lazio	54,6
Abruzzo	39,5
Molise	45,2
Campania	48,7
Puglia	33,1
Basilicata	54,6
Calabria	44,3
Sicilia	55,6
Sardegna	41,8
Italia	47,2

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2011.

Grafico 1 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inappropriately per regione - Anno 2009

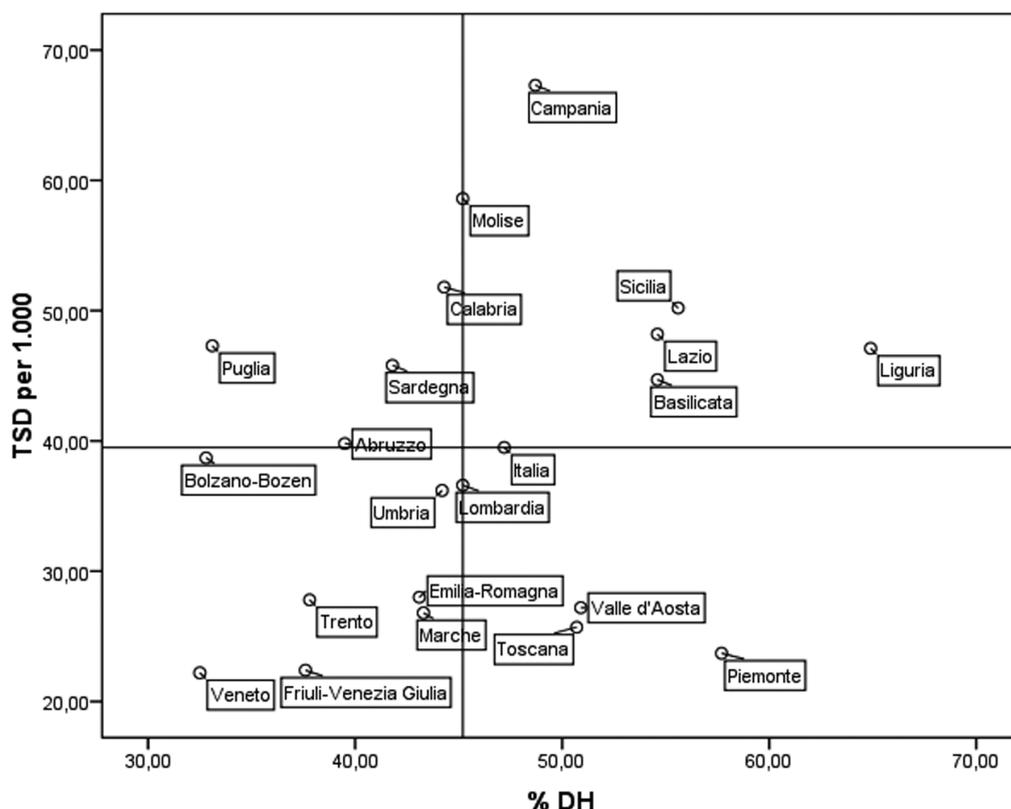
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2011.

Tabella 2 - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici a rischio di inappropriately per regime di ricovero e regione - Anno 2009

Regioni	RO	DH	Totale
Piemonte	10,1	13,6	23,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	13,5	13,7	27,2
Lombardia	20,1	16,5	36,6
Bolzano-Bozen	26,0	12,6	38,7
Trento	17,2	10,6	27,8
Veneto	14,9	7,2	22,2
Friuli Venezia Giulia	13,5	8,9	22,4
Liguria	16,2	31,0	47,1
Emilia-Romagna	15,7	12,3	28,0
Toscana	12,4	13,4	25,7
Umbria	19,8	16,4	36,2
Marche	15,0	11,8	26,8
Lazio	21,7	26,5	48,2
Abruzzo	23,8	16,0	39,8
Molise	31,5	27,1	58,6
Campania	34,8	32,6	67,3
Puglia	31,6	15,7	47,3
Basilicata	20,1	24,6	44,7
Calabria	28,7	23,1	51,8
Sicilia	22,1	28,1	50,2
Sardegna	26,7	19,1	45,8
Italia	20,7	18,8	39,5

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2011.

Grafico 2 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital e tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per i DRG medici a rischio di inappropriately per regione - Anno 2009



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2011.

Raccomandazioni di Osservasalute

Dopo l'emanazione del DPCM del 29 novembre 2001, tutte le regioni hanno messo in campo azioni per migliorare l'appropriatezza d'uso delle strutture di ricovero definendo obiettivi coerenti con le indicazioni normative del livello centrale ed allo stesso tempo compatibili con il proprio contesto organizzativo di riferimento. Quasi tutte le regioni hanno definito i valori soglia di ammissibilità dei RO per i 26 DRG medici che l'allegato 2C considerava "ad alto rischio d'inappropriatezza", in alcuni casi estendendo il campo dei DRG monitorati.

Le politiche attuate hanno permesso di conseguire un generale miglioramento dell'appropriatezza d'uso delle strutture di ricovero, sebbene con notevoli differenze tra il Nord ed il Sud del Paese (Rapporto Osservasalute 2010). I nuovi obiettivi posti dal Patto per la Salute 2010-2012, che ha ampliato sensibilmente il set dei DRG "potenzialmente inappropriati" se erogati in regime di RO, impongono di promuovere ulteriori strategie di intervento ed azioni in grado sia di estendere i risultati conseguiti al nuovo set di DRG individuati, sia di superare le inerzie registrate in alcune aree del Paese.

Gli interventi da attuare sono riconducibili ad alcune fondamentali categorie: gli abbattimenti tariffari dei

DRG in elenco, l'adozione di cogenti sistemi di controllo esterno, la ridefinizione da parte delle singole regioni delle soglie di ammissibilità in RO e l'eventuale disincentivazione economica degli erogatori in caso di superamento delle stesse, il potenziamento dei servizi del livello distrettuale, la definizione e lo sviluppo di percorsi per trasferire attività e prestazioni specialistiche complesse tipiche dei DRG considerati in un contesto di extradegenza ospedaliera (ambulatorio, DS). A tale riguardo lo stesso dispositivo del Patto per la Salute stabilisce che "...nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le Regioni e le Province Autonome provvedono a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari ed adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale".

Occorre, peraltro, continuare a promuovere azioni mirate alla generale riduzione dei ricoveri ospedalieri agendo sia sul fronte della regolazione della domanda, sia sulla struttura dell'offerta. Le regioni che hanno agito in tal senso, e che oggi registrano TSD molto bassi, hanno aperto un nuovo fronte che pone al centro dei percorsi diagnostici e terapeutici anche la scelta del setting clinico-assistenziale più appropriato in

relazione alla complessità delle prestazioni da erogare. Tali evidenze ed il quadro emerso dall'analisi della odierna situazione suggeriscono l'utilità di rimodulare le ipotesi di analisi e di programmazione. In termini di analisi, oltre ai parametri studiati, per rendere più robuste le valutazioni a livello delle singole regioni, sarebbe opportuno, ad esempio, considerare anche il tasso di dimissione al netto dei ricoveri di 1 giorno in RO, valutare meglio la natura di tali accessi, per lo più diagnostici, ed avviare, anche solo localmente, rilevazioni omogenee sulle quantità e sulle tipologie di prestazioni specialistiche ambulatoriali che hanno dimostrato di avere un impatto positivo sul fronte dell'ap-

propriatezza dei ricoveri. In termini di programmazione, occorre che sia concretamente recepita e perseguita l'indicazione della Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che abbassa a 180 per 1.000 abitanti il tasso di ospedalizzazione generale, e che siano applicate nel loro complesso tutte le linee di programmazione sull'appropriatezza dell'ospedalizzazione stabilite nel Patto per la Salute 2010-2012.

Riferimenti bibliografici

(1) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le PA di Trento e Bolzano. Allegato B del Patto per la Salute 2010-2012. Provvedimento del 3 Dicembre 2009. Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010.

Ospedalizzazione con DRG medici da reparti chirurgici

Significato. L'indicatore misura la quota di pazienti ricoverati e dimessi da un reparto chirurgico ospedaliero in cui si eseguono procedure diagnostiche e terapeutiche che non esitano in un intervento operatorio. Già previsto dal DM 12 dicembre 2001 intito-

lato "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", il suo impiego come indicatore di appropriatezza è stato confermato dal Patto per la Salute 2010-2012 (1).

Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore Dimissioni ospedaliere da reparti chirurgici con DRG medici

 Denominatore Dimissioni ospedaliere da reparti chirurgici

Validità e limiti. In associazione ad altri indicatori dell'assistenza ospedaliera (tasso di ospedalizzazione, tasso di utilizzo delle strutture etc.), l'indicatore consente di misurare l'appropriato utilizzo dei reparti chirurgici ed è in grado di fornire indicazioni utili per valutare la corretta programmazione dell'offerta ospedaliera, in termini di adeguato dimensionamento delle Unità Operative (UO) di degenza afferenti alle aree delle discipline mediche e chirurgiche e di adeguata definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici, sia intra che extraospedalieri.

È importante premettere che una quota di pazienti dimessi da reparti chirurgici con DRG medici è fisiologica e non del tutto eliminabile in quanto, anche a seguito di un corretto percorso assistenziale e di un idoneo inquadramento diagnostico, le possibili evoluzioni delle condizioni cliniche di alcuni pazienti potrebbero rendere non più necessario un intervento chirurgico precedentemente previsto. Peraltro, se l'indicatore è analizzato da solo, su singole UO chirurgiche e senza adeguata analisi del contesto clinico assistenziale, la valutazione e l'interpretazione dovrebbero richiedere opportune cautele.

Al contrario, l'indicatore è sufficientemente robusto quando si confrontano reparti della medesima disciplina inseriti in contesti ospedalieri omogenei per *mission* e dimensionamento. Nel nostro caso, il confronto su base regionale consente di avere un quadro abbastanza preciso circa l'appropriato utilizzo dell'insieme dei reparti chirurgici anche se, per una corretta interpretazione dei risultati, occorre comunque tenere conto delle diverse variabili che possono condizionare il dato. Tra queste si devono considerare particolari situazioni organizzative, come nel caso di ospedali di piccole dimensioni in cui le attività dei Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione (DEA) non sono ancora del tutto strutturate, le situazioni in cui non sono attivate le funzioni di Triage e le Unità di Osservazione Breve nei Pronto Soccorso (PS), ovvero non sono stati definiti adeguati Percorsi Diagnostico Terapeutici per alcune patologie *borderline* tra competenze di tipo internistico e chirurgico

(ad esempio colica renale, dolore addominale etc). In questi casi le UO chirurgiche sono spesso obbligate a farsi carico direttamente, anche in regime di degenza ordinaria, dell'*iter* diagnostico di molteplici quadri patologici che non esiteranno in una terapia chirurgica.

Valore di riferimento/Benchmark. L'allegato 2 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 prevede come benchmark il valore medio registrato nelle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza. In questa sede riteniamo che il valore medio delle 3 regioni con migliore *performance* possa fornire una misura concreta dei risultati che è possibile conseguire agendo sulla programmazione della struttura dell'offerta e sulla moderna organizzazione delle attività ospedaliere.

Descrizione dei risultati

La Tabella 1 ed il Grafico 1 mostrano che la proporzione nazionale di dimissioni da reparti chirurgici con un DRG medico nell'anno 2009, è del 34,1%. Dal 2006, il valore nazionale ha subito una lieve, ma costante riduzione (37,0% nel 2006). Confrontando gli anni 2006 e 2009, 18 su 21 regioni hanno diminuito il valore dell'indicatore, tra queste, in modo più consistente, il Piemonte, la Toscana, l'Umbria e l'Abruzzo; 3 regioni presentano un incremento, lieve per quanto riguarda Molise e Valle d'Aosta, più marcato per quanto riguarda la Calabria. Il dato del 2009, come peraltro quelli relativi agli anni precedenti, presenta una elevata variabilità regionale ed un evidente gradiente tra le regioni settentrionali e meridionali. Presentano valori al di sotto del dato nazionale tutte le regioni del Centro e del Nord, ad eccezione delle PA di Bolzano e Trento, della Valle d'Aosta e del Lazio. Tutte le regioni del Sud e le Isole presentano, senza eccezioni, valori al di sopra di quello nazionale. Le regioni con le percentuali più basse sono il Piemonte, che registra anche il valore minimo (24,5%), l'Emilia-Romagna (26,2%), le Marche (26,7%), il Friuli Venezia Giulia (28,3%) e la Lombardia (29,2%). Le

regioni dove si registrano i valori più alti sono, oltre alla Calabria che segna il valore massimo (51,4%), la

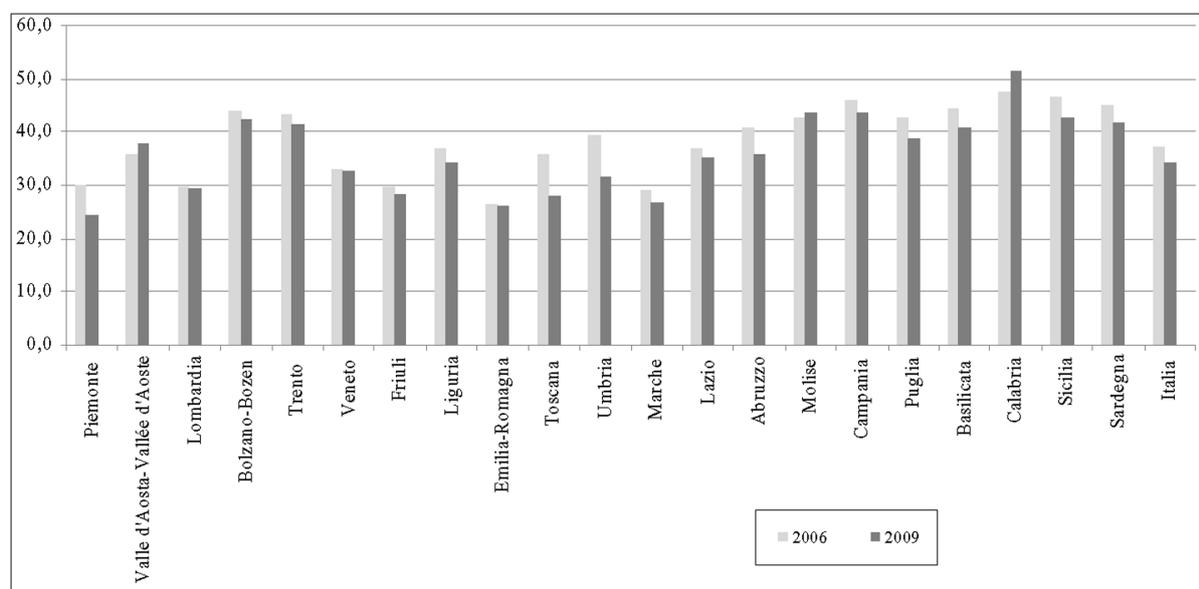
Campania (43,6%), il Molise (43,6%), la Sicilia (42,8%) e la PA di Bolzano (42,3%).

Tabella 1 - Percentuale di dimissioni con DRG medici da reparti chirurgici per regione - Anni 2006-2009

Regioni	2006	2007	2008	2009
Piemonte	30,1	29,5	29,0	24,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	35,9	37,4	38,7	37,7
Lombardia	29,8	30,0	29,8	29,2
Bolzano-Bozen	44,1	45,0	43,7	42,3
Trento	43,4	41,2	41,9	41,5
Veneto	33,1	33,0	33,4	32,5
Friuli Venezia Giulia	29,7	29,3	29,2	28,3
Liguria	36,8	35,5	35,1	34,1
Emilia-Romagna	26,4	26,2	25,9	26,2
Toscana	35,8	35,4	34,2	28,2
Umbria	39,4	38,5	36,9	31,6
Marche	28,9	28,0	27,2	26,7
Lazio	36,8	37,4	36,5	35,1
Abruzzo	40,7	38,0	38,0	35,8
Molise	42,6	43,1	42,8	43,6
Campania	46,1	45,3	45,0	43,6
Puglia	42,7	40,9	39,9	38,9
Basilicata	44,3	42,8	43,1	40,6
Calabria	47,7	47,1	48,1	51,4
Sicilia	46,7	44,8	43,0	42,8
Sardegna	45,1	43,3	42,7	41,7
Italia	37,0	36,3	35,7	34,1

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

Grafico 1 - Percentuale di dimissioni con DRG medici da reparti chirurgici per regione - Anni 2006, 2009



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante una quota di dimissioni da reparto chirurgico con un DRG medico sia da considerare fisiologica a causa dei possibili cambiamenti delle condizioni cliniche durante la degenza, l'estrema variabilità

regionale dell'indicatore suggerisce che diversi interventi possono essere messi in atto per ridurre questo fenomeno, soprattutto nelle regioni in cui esso è più elevato, così come la sua marcata riduzione nella maggior parte delle realtà regionali conferma che tali inter-

venti sono risultati, ove applicati, efficaci. Il ricovero di pazienti che richiedono un intervento chirurgico in reparti ospedalieri predisposti ed attrezzati per assicurare assistenza pre e post-operatoria, non solo può tradursi in una maggiore efficienza nella gestione dei casi perché consente un razionale ed omogeneo utilizzo delle risorse, ma, soprattutto, può determinare benefici di tipo clinico-assistenziali per il paziente, aumentando la coerenza e la rispondenza dell'offerta ai bisogni del malato. Gli interventi da porre in atto per migliorare la situazione rilevata devono essere orientati verso un migliore dimensionamento dei reparti chirurgici, alla individuazione di aree di degenza omogenee organizzate per intensità di cure, al potenziamento dei

DEA, alla qualificazione del Triage clinico ed all'istituzione di Unità di Osservazione Breve nei PS. Inoltre, non devono essere trascurate le azioni volte alla definizione di percorsi diagnostico-terapeutici che dovrebbero prevedere, sia per i ricoveri in urgenza che per quelli in elezione, l'ammissione in un reparto chirurgico solo dei pazienti con una precisa indicazione all'intervento.

Riferimenti bibliografici

(1) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le PA di Trento e Bolzano. Allegato 3 del Patto per la Salute 2010-2012. Provvedimento del 3 Dicembre 2009. Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010.

Ospedalizzazione

Significato. Il tasso di ospedalizzazione fornisce una misura sintetica sul ricorso al ricovero ospedaliero della popolazione oggetto di studio. Si calcola come rapporto fra numero di ricoveri ospedalieri, ovunque effettuati, relativi a soggetti residenti in una data regione e la complessiva popolazione ivi residente. Il tasso di ospedalizzazione viene solitamente elaborato distintamente per le diverse modalità di ricovero, ossia sia per il Ricovero Ordinario (RO) che per quel-

lo diurno, comprensivo del Day Hospital (DH) medico e chirurgico, o Day Surgery (DS).

Pertanto, l'indicatore consente di descrivere il ricorso alle diverse modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera e di cogliere, nelle analisi temporali, gli eventuali spostamenti della casistica trattata da un *setting* assistenziale all'altro. In questo modo, si ottengono anche indicazioni sulla struttura dell'offerta e sulle sue modificazioni.

Tasso di dimissioni ospedaliere*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

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

Validità e limiti. L'indicatore è stato calcolato tenendo conto delle dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). I reparti di dimissione considerati sono quelli per acuti, riabilitazione e lungodegenza. Sono state escluse le dimissioni dei neonati sani e, per garantire omogeneità tra numeratore e denominatore dell'indicatore, sono stati esclusi i ricoveri dei soggetti non residenti in Italia. D'altro canto, sono inclusi i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto, perché l'indicatore intende esprimere l'entità della domanda di ricovero soddisfatta nel corso dell'anno.

L'indicatore misura la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dalla rete ospedaliera presente sul territorio, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle meno appropriate, se erogate in regime di ricovero. La non appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di ricovero può non essere esclusivamente espressione di malfunzionamento dell'ospedale, bensì può essere dovuta ad una carente attenzione dei servizi sanitari territoriali verso le patologie croniche.

D'altra parte, l'indicatore non consente di analizzare la domanda "insoddisfatta" dovuta, in taluni contesti, alla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie e rappresentativa di un bisogno di salute percepito ed espresso dalla popolazione.

Qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime di DH: si rilevano, infatti, alcune diversità, da una regione all'altra, nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi all'ospedalizzazione in regime diurno. Le diversità rilevate possono anche essere dovute ad una diversa modalità di impiego delle strutture ambulatoriali.

Il fenomeno dell'ospedalizzazione risulta notevolmente correlato all'età del paziente. Pertanto, al fine di confrontare la propensione al ricovero nei diversi

contesti regionali, è stato calcolato il tasso standardizzato. Con riferimento, quindi, alla popolazione media residente in Italia nel 2001, sono stati calcolati i tassi di ospedalizzazione regionali standardizzati, in cui risulta corretto l'effetto della diversa composizione per età delle popolazioni nelle singole regioni. Il dato del 2010 è messo a confronto con analoghe rilevazioni effettuate con riferimento ai dati 2007, 2008 e 2009.

Valore di riferimento/Benchmark. L'Intesa tra Stato-Regioni sancita il 23 marzo 2005, art. 4 comma 1 punto b, ha fissato, quale obiettivo da raggiungere entro il 2007, il mantenimento del tasso di ospedalizzazione complessivo per ricoveri entro il valore di 180 (per 1.000) residenti, di cui un 20% (in pratica il 36 per 1.000 residenti) relativo ai ricoveri in regime diurno. Nel corso del 2012, nell'ambito delle disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica, è stato fissato il nuovo limite del tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 160 (per 1.000) residenti di cui il 25% riferito a ricoveri diurni (cfr. art. 15, comma 13, lettera c del DL n. 95/2012 convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012 n. 135).

Descrizione dei risultati

Nel 2010, il tasso grezzo di ospedalizzazione a livello nazionale è 127 per 1.000 abitanti in modalità ordinaria e 51 (per 1.000) in modalità di ricovero diurno.

L'analisi temporale presenta una costante diminuzione nel corso degli anni esaminati in entrambe le modalità di ricovero (Grafico 1).

Ciò emerge sia confrontando i tassi annuali grezzi (Grafico 1) che quelli standardizzati (Tabella 1). Nel 2010, il tasso standardizzato di ospedalizzazione complessivo a livello nazionale è 172,4 (per 1.000), di cui

122,2 (per 1.000) in modalità ordinaria e 50,2 (per 1.000) in modalità di ricovero diurno. Il tasso di ospedalizzazione complessivo varia, a livello regionale, dal valore massimo presente in Puglia (212,0 per 1.000) al valore minimo del Friuli Venezia Giulia (145,1 per 1.000). Sono 14 le regioni che presentano valori che rientrano nel limite del 180 (per 1.000), mentre altre 7 (nell'ordine Puglia, Campania, Molise, Liguria, Sicilia, PA di Bolzano e Lazio) presentano valori superiori. Il tasso relativo al regime di RO varia dal 106,4 (per 1.000) del Veneto al 151,5 (per 1.000) della Puglia e si registra un valore più elevato del dato nazionale, oltre che nelle regioni del Sud (eccetto la Basilicata), nella PA di Bolzano, Valle d'Aosta, Lombardia ed Umbria.

Tutte le regioni, ad eccezione della Lombardia, presentano un tasso di ospedalizzazione per il DH superiore al riferimento normativo del 36 (per 1.000). I ricoveri in DH corrispondono al 29,1% del totale. Per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione in regime diurno, le regioni con valori estremi sono la Liguria (80,0 per 1.000) e la Lombardia (33,9 per 1.000). Presentano valori molto superiori al valore nazionale anche la Campania (69,2 per 1.000) e la Sicilia (67,5 per 1.000), quest'ultima, tuttavia, in notevole diminuzione rispetto al 2009.

L'analisi del trend mette in evidenza una costante riduzione dei tassi di ospedalizzazione. Per il tasso complessivo, la riduzione è del 3,9% nel 2010 rispetto al 2009, dell'8,2% rispetto al 2008 e dell'11,0% rispetto al 2007. Per la modalità di ricovero in regime ordinario, la riduzione è del 3,3% rispetto al 2009, del 5,6% rispetto al 2008 e dell'8,3% rispetto al 2007. Per

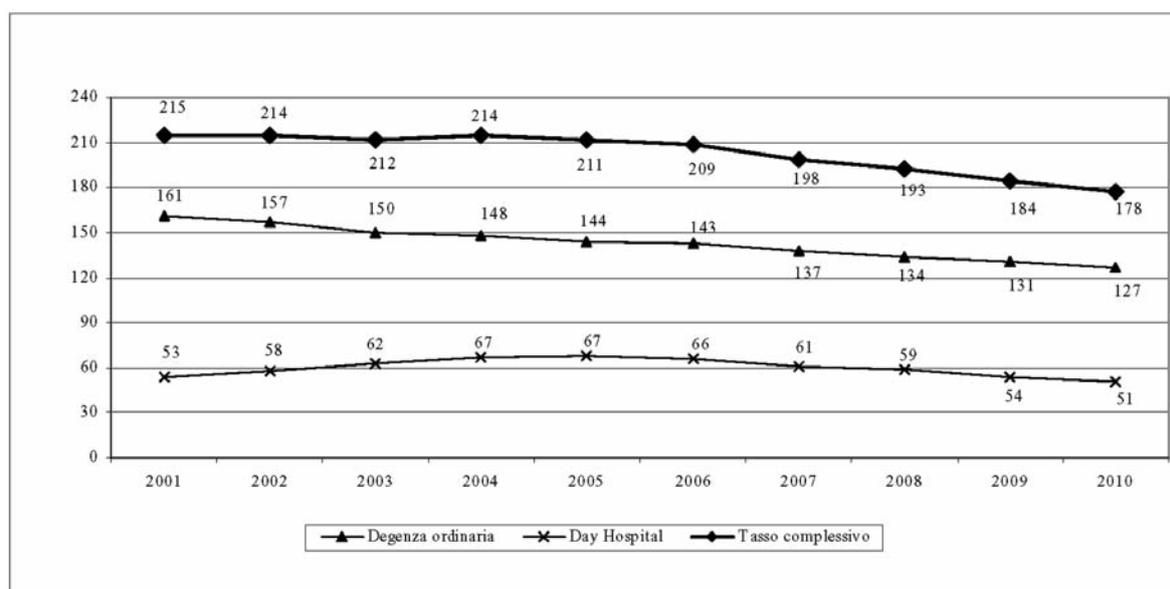
il ricovero diurno, la riduzione del tasso di ospedalizzazione è del 5,3% rispetto al 2009, del 14,0% rispetto al 2008 e del 16,8% rispetto al 2007.

In generale, tutte le regioni presentano un trend in diminuzione del tasso di ospedalizzazione complessivo dal 2007 al 2010. In particolare, la maggiore riduzione, in termini assoluti, si rileva per quelle regioni con valore di partenza più elevato: Sicilia (241,2 vs 190 per 1.000), Abruzzo (217,7 vs 176,6 per 1.000) e Calabria (217,1 vs 177,1 per 1.000).

Per quanto riguarda le dimissioni da RO, una riduzione del tasso di ospedalizzazione si rileva in quasi tutte le regioni, ad eccezione del Piemonte (108,2 nel 2007 vs 112,8 per 1.000 nel 2010), Toscana (103,6 vs 108,7 per 1.000) ed Umbria (118,1 vs 123,9 per 1.000). Le regioni con una riduzione più consistente sono, come per il tasso complessivo, Abruzzo (158,7 nel 2007 vs 125,9 per 1.000 nel 2010), Molise (164,9 vs 138,5 per 1.000) e Calabria (149,5 vs 125,8 per 1.000).

Per quanto riguarda le dimissioni da ricovero diurno, si rileva una notevole riduzione del tasso di ospedalizzazione in Sicilia (101,5 nel 2007 vs 67,5 per 1.000 nel 2010), Piemonte (61,5 vs 43,1 per 1.000) ed Umbria (58,6 vs 41,6 per 1.000), con quest'ultima regione che già nel 2007 presentava un valore al di sotto del dato nazionale. In generale, tutte le regioni, escluse la Puglia (53,8 vs 60,5 per 1.000), la PA di Trento (57,0 vs 60,9 per 1.000) ed il Friuli Venezia Giulia (36,4 vs 38,0 per 1.000), registrano una netta diminuzione del tasso di ospedalizzazione per il ricovero diurno.

Grafico 1 - Tasso grezzo (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per regime di ricovero - Anni 2001-2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

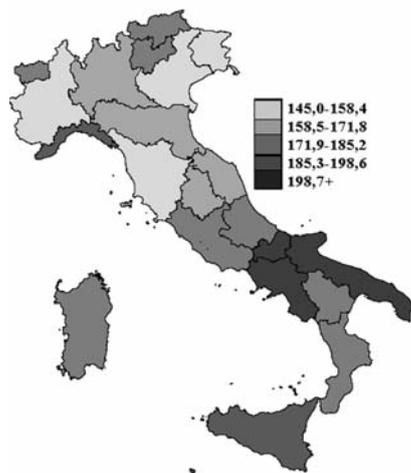
Tabella 1 - Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per regime di ricovero e regione - Anni 2007-2010

Regioni	2007			2008			2009			2010		
	RO	DH	Totale									
Piemonte	108,2	61,5	169,7	106,4	62,3	168,7	114,2	45,9	160,1	112,8	43,1	155,9
Valle d'Aosta	129,9	57,2	187,1	130,3	56,1	186,4	129,0	49,5	178,5	128,2	48,3	176,5
Lombardia	135,2	45,5	180,7	133,5	42,6	176,1	131,6	40,3	171,9	124,6	33,9	158,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>154,2</i>	<i>51,7</i>	<i>205,9</i>	<i>149,5</i>	<i>49,8</i>	<i>199,3</i>	<i>140,9</i>	<i>49,5</i>	<i>190,4</i>	<i>136,2</i>	<i>47,4</i>	<i>183,6</i>
<i>Trento</i>	<i>123,0</i>	<i>57,0</i>	<i>180,0</i>	<i>120,1</i>	<i>56,7</i>	<i>176,8</i>	<i>118,5</i>	<i>58,8</i>	<i>177,4</i>	<i>115,5</i>	<i>60,9</i>	<i>176,5</i>
Veneto	115,8	45,9	161,7	112,7	41,9	154,6	108,9	40,6	149,5	106,4	40,3	146,8
Friuli Venezia Giulia	114,2	36,4	150,6	111,9	37,5	149,4	109,0	38,3	147,2	107,1	38,0	145,1
Liguria	119,7	88,6	208,3	117,4	89,4	206,8	114,9	85,5	200,4	112,9	80,0	192,9
Emilia-Romagna	126,8	43,2	170,0	124,6	42,4	167,0	121,8	41,9	163,6	120,5	41,6	162,1
Toscana	103,6	51,2	154,8	100,8	51,3	152,0	108,1	41,3	149,4	108,7	39,3	148,0
Umbria	118,1	58,6	176,7	115,8	57,4	173,3	122,9	46,0	168,9	123,9	41,6	165,5
Marche	127,1	46,7	173,7	124,7	47,2	171,9	122,8	46,0	168,8	120,4	38,4	158,7
Lazio	137,0	67,8	204,8	131,7	66,8	198,5	125,9	63,7	189,6	121,1	60,7	181,8
Abruzzo	158,7	58,9	217,7	141,2	58,9	200,1	132,9	52,7	185,5	125,9	50,7	176,6
Molise	164,9	63,5	228,4	148,9	62,5	211,4	135,4	61,8	197,1	138,5	62,5	201,0
Campania	155,1	77,1	232,2	151,5	79,6	231,1	144,9	76,0	220,9	132,9	69,2	202,0
Puglia	166,3	53,8	220,1	159,9	56,1	216,0	154,8	39,0	193,8	151,5	60,5	212,0
Basilicata	123,2	72,0	195,2	121,7	70,8	192,4	117,9	66,2	184,1	114,5	65,2	179,7
Calabria	149,5	67,6	217,1	142,5	71,2	213,8	127,1	53,6	180,7	125,8	51,3	177,1
Sicilia	139,6	101,5	241,2	134,6	83,2	217,8	128,0	83,7	211,7	122,5	67,5	190,0
Sardegna	139,6	57,7	197,4	135,2	54,4	189,6	124,7	51,5	176,2	125,4	50,9	176,3
Italia	133,3	60,3	193,6	129,5	58,3	187,8	126,4	53,0	179,4	122,2	50,2	172,4

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per regione. Anno 2010



Raccomandazioni di Osservasalute

Come stabilito con il Patto per la Salute 2010-2012, sia i Piani Sanitari in vigore che i Piani di Rientro delle regioni in disavanzo finanziario propongono una revisione della rete ospedaliera esistente ponendo, quale obiettivo prioritario, un riequilibrio tra i livelli di assistenza sanitaria. A tal fine, è auspicata una riallocazione delle risorse e, quindi, dell'offerta assistenziale secondo linee che tendono a promuovere la prevenzione ed a potenziare le forme di assistenza alter-

native al tradizionale ricovero ospedaliero. In particolare, devono essere potenziate l'assistenza territoriale e distrettuale ed, in ambito residenziale e domiciliare, l'assistenza riabilitativa e di lungodegenza.

La programmazione sanitaria deve volgere all'abbattimento dei tempi di attesa ed all'adozione di sistemi di valutazione circa l'appropriatezza nella modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

L'obiettivo normativo fissato dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 di raggiungere, entro il

2007, il tasso di ospedalizzazione complessivo di 180 ricoveri (per 1.000 residenti), di cui un 20% relativo ai ricoveri in regime diurno, è raggiunto da gran parte delle regioni centro-settentrionali, con alcune eccezioni. Nel trend considerato, si rileva che le regioni del Mezzogiorno tendono gradualmente alla soglia del 180 (per 1.000): Sardegna e Calabria, in particolare, sembrano aver raggiunto l'obiettivo.

I provvedimenti emanati fin dal 2001 con la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza e fino all'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 per la riduzione

dell'inappropriatezza dei ricoveri e le scelte sulla struttura e sull'organizzazione dell'offerta attuate da alcune regioni, hanno determinato un trasferimento di alcune prestazioni sanitarie in DH/DS ed in regime ambulatoriale, con la conseguente contrazione del numero di ricoveri in degenza ordinaria. Tuttavia, è necessario monitorare nel tempo il processo di ospedalizzazione, al fine di definire ed attuare misure correttive adeguate per la razionalizzazione della rete ospedaliera ed un'efficace integrazione della stessa con i servizi sanitari territoriali.

Ospedalizzazione per età e tipologia di attività

Significato. L'età del paziente rappresenta un fattore demografico estremamente significativo quando si analizza il ricorso alle prestazioni sanitarie. Il bisogno di salute varia in relazione all'età e, quindi, anche l'entità della domanda di prestazioni sanitarie ospedaliere. In particolare, la tipologia di assistenza ospedaliere erogata (acuzie, riabilitazione o lungodegenza) risente fortemente delle caratteristiche demografiche

della popolazione e ciò è da attribuire, anche in parte, all'organizzazione dell'offerta di prestazioni sanitarie presso strutture assistenziali di pertinenza territoriale. I tassi di ospedalizzazione, calcolati a livello regionale, per classi di età e per tipologia di assistenza erogata, consentono di evidenziare il fenomeno ed eventuali differenze geografiche.

Tasso di dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere per classi di età e tipologia di attività}^1}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

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

¹Regime di Ricovero Ordinario, distintamente nei reparti di attività per acuti, riabilitazione e lungodegenza.

Validità e limiti. Le Schede di Dimissione Ospedaliere (SDO), considerate nel calcolo dell'indicatore, sono relative alle dimissioni effettuate, in regime di ricovero ordinario, nel corso del 2010, dagli istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Sono state escluse le dimissioni dei neonati sani, 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.

È opportuno precisare che nella banca dati complessiva possono essere presenti più schede di dimissione da attribuire ad un medesimo paziente, con riferimento ad un unico episodio di ricovero: infatti, se un paziente viene trasferito, all'interno di uno stesso istituto, da una tipologia di attività ad un'altra (ad esempio da un reparto per acuti ad uno di riabilitazione) o da una modalità di ricovero all'altra (dal regime diurno a quello ordinario e viceversa), devono essere compilate due distinte schede di dimissione, una per ciascuna tipologia di attività erogata o regime di ricovero.

L'indicatore include, inoltre, i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto relativi a differenti episodi di ricovero avuti nel corso dell'anno.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per il tasso di ospedalizzazione specifico per classi di età. Il confronto dei tassi specifici regionali con quello nazionale consente di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero nelle classi di età.

Descrizione dei risultati

Le tabelle mostrano la distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione specifici per classi di età, distintamente per le varie tipologie di attività ospeda-

liera (acuti, riabilitazione, lungodegenza). Rispetto ai dati relativi alle SDO 2009 (Rapporto Osservasalute 2011, pagg. 343-346), si nota una tendenza alla diminuzione dei valori dei tassi di ospedalizzazione in regime ordinario per acuti; sostanzialmente stabili i ricoveri in riabilitazione ed in lungodegenza.

I tassi specifici per età dei ricoveri ordinari in reparti per acuti presentano una notevole variabilità tra le regioni. In particolare, si evidenziano valori considerevolmente più elevati per le classi di età estreme nelle regioni del Sud rispetto a quelle del Centro-Nord. Relativamente all'attività di riabilitazione, sono state considerate classi di età più ampie perché più frequentemente i pazienti anziani necessitano di prestazioni riabilitative in regime di Ricovero Ordinario. In questo caso si osserva un lieve aumento dei tassi di ricovero standardizzati rispetto all'anno precedente, seppure con talune eccezioni. Le regioni per le quali si rileva una diminuzione dei tassi sono la PA di Bolzano (5,7 nel 2009 vs 5,1 per 1.000 nel 2010), il Friuli Venezia Giulia (2,6 nel 2009 vs 2,4 per 1.000 nel 2010), l'Emilia-Romagna (4,4 nel 2009 vs 2,5 per 1.000 nel 2010) e le Marche (2,9 nel 2009 vs 2,4 per 1.000 nel 2010). Da rilevare, inoltre, come il tasso di ospedalizzazione assuma valori più elevati per la classe degli ultra 75enni e con considerevole variabilità tra le regioni. Ciò è presumibilmente da attribuire alla diversa progettazione sia delle reti ospedaliere che dei servizi territoriali, anche in termini di dotazione delle strutture specialistiche per l'assistenza riabilitativa.

Per quanto riguarda l'attività di lungodegenza, il tasso di ospedalizzazione assume valori di rilievo per la classe di età estrema che comprende gli anziani di 75 anni ed oltre. Anche per questo tipo di assistenza, come per la riabilitazione, emergono notevoli differenze geografiche. I tassi di ospedalizzazione mostra-

no una modesta attività di lungodegenza in Umbria (1,6 per 1.000), Liguria (2,6 per 1.000) e Valle d'Aosta e Sicilia (3,8 per 1.000), mentre i valori più

elevati si osservano in Emilia-Romagna (45,7 per 1.000), PA di Bolzano (35,6 per 1.000) e PA di Trento (23,5 per 1.000).

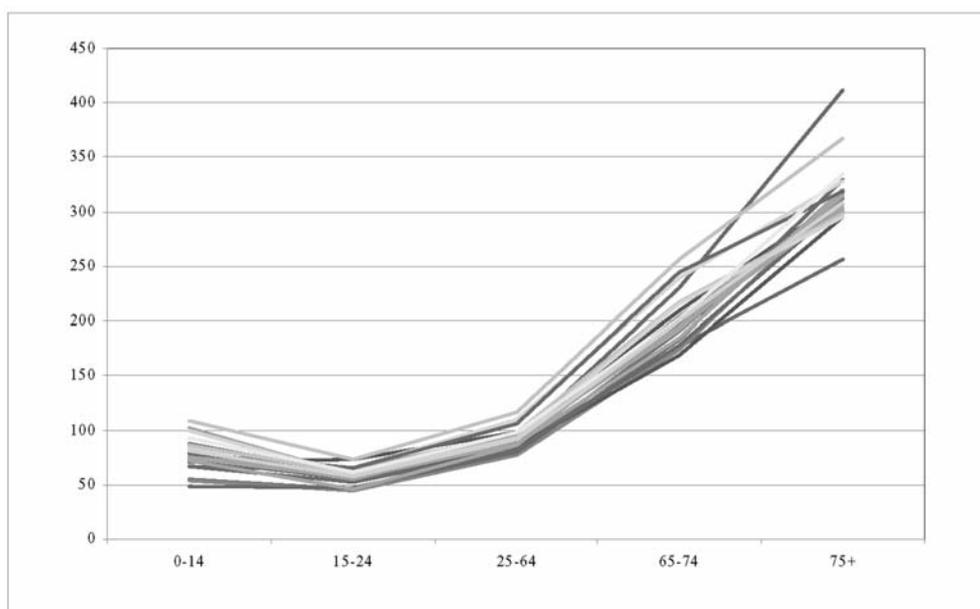
Tabella 1 - Tasso specifico e standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per acuti e regione - Anno 2010

Regioni	0-14	15-24	25-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	73,0	54,4	84,9	176,1	256,9	103,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	71,2	73,5	98,6	209,5	312,5	120,9
Lombardia	87,6	58,3	90,4	196,6	303,1	114,8
Bolzano-Bozen	66,9	62,3	93,3	230,6	411,4	126,4
Trento	55,4	45,8	81,9	191,0	316,3	104,6
Veneto	53,3	44,8	77,0	174,6	314,4	99,6
Friuli Venezia Giulia	48,8	46,9	79,7	182,8	329,0	102,8
Liguria	75,3	57,3	84,4	169,3	295,0	106,2
Emilia-Romagna	74,2	56,1	88,2	184,9	320,6	111,7
Toscana	66,4	52,5	82,2	177,5	306,9	104,9
Umbria	85,5	63,8	97,3	194,9	315,6	119,9
Marche	75,3	57,3	93,0	192,9	315,0	115,0
Lazio	79,1	54,4	92,3	194,7	303,4	114,1
Abruzzo	102,0	58,6	95,4	201,5	300,5	120,1
Molise	83,9	66,0	109,8	239,1	328,1	132,5
Campania	78,0	64,9	105,6	244,0	319,0	129,0
Puglia	108,5	72,7	117,1	256,9	367,7	145,9
Basilicata	71,8	45,7	85,9	204,7	307,6	109,9
Calabria	86,7	60,8	98,1	217,6	298,6	121,1
Sicilia	100,0	59,0	92,9	216,2	295,3	119,5
Sardegna	93,5	61,0	97,5	201,0	334,5	123,0
Italia	80,8	58,2	92,2	199,7	309,0	115,7

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2012.

Grafico 1 - Tasso specifico (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per acuti e regione - Anno 2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2012.

Tabella 2 - Tasso specifico e standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per riabilitazione e regione - Anno 2010

Regioni	0-44	45-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	1,6	7,2	19,0	24,8	6,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,9	6,0	21,3	22,2	6,1
Lombardia	1,3	7,1	23,5	38,0	8,1
Bolzano-Bozen	0,5	3,6	14,0	30,0	5,1
Trento	1,0	7,0	25,4	32,8	7,6
Veneto	0,6	3,8	14,2	18,2	4,3
Friuli Venezia Giulia	0,6	2,7	7,6	7,1	2,4
Liguria	1,2	5,7	15,9	22,6	5,6
Emilia-Romagna	0,5	2,7	7,9	8,4	2,5
Toscana	0,5	2,3	7,8	11,5	2,6
Umbria	0,7	3,5	10,9	9,7	3,2
Marche	0,6	2,4	7,8	9,0	2,4
Lazio	0,7	4,1	14,5	27,4	5,2
Abruzzo	0,8	3,2	12,3	17,8	4,0
Molise	0,6	4,7	14,2	21,0	4,7
Campania	0,5	2,6	8,4	11,8	2,7
Puglia	0,9	4,2	14,1	17,0	4,4
Basilicata	0,7	3,2	10,4	15,0	3,5
Calabria	0,8	3,8	11,6	13,1	3,7
Sicilia	0,8	2,9	8,1	8,4	2,7
Sardegna	0,5	1,5	4,6	5,6	1,6
Italia	0,8	4,2	13,7	19,2	4,5

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2012.

Tasso specifico (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per riabilitazione della classe di età 75 anni ed oltre e regione. Anno 2010

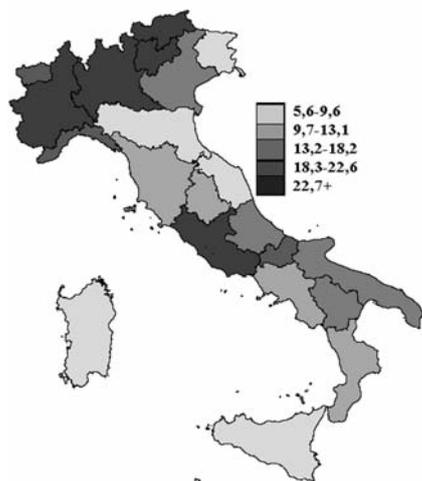


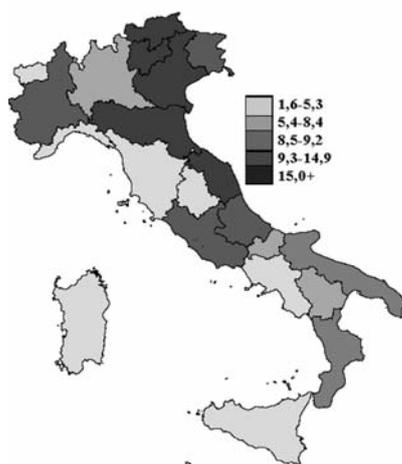
Tabella 3 - Tasso specifico e standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per lungodegenza e regione - Anno 2010

Regioni	0-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,5	3,9	14,9	2,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,2	1,9	3,8	0,7
Lombardia	0,1	1,6	7,5	0,9
Bolzano-Bozen	0,7	9,0	35,6	4,4
Trento	0,4	4,2	23,5	2,7
Veneto	0,3	3,3	16,6	1,9
Friuli Venezia Giulia	0,2	2,4	11,3	1,3
Liguria	0,1	0,8	2,6	0,4
Emilia-Romagna	0,8	10,8	45,7	5,6
Toscana	0,1	0,8	4,7	0,5
Umbria	0,1	0,6	1,6	0,3
Marche	0,6	4,2	17,9	2,4
Lazio	0,2	2,0	12,5	1,4
Abruzzo	0,3	3,0	12,6	1,6
Molise	0,2	2,4	8,2	1,1
Campania	0,9	2,2	5,3	1,4
Puglia	0,2	2,6	9,2	1,2
Basilicata	0,3	2,9	8,1	1,2
Calabria	0,3	3,4	8,5	1,3
Sicilia	0,2	1,5	3,8	0,6
Sardegna	0,1	1,0	4,6	0,6
Italia	0,3	2,9	12,5	1,6

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2012.

Tasso specifico (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per lungodegenza della classe di età 75 anni ed oltre e regione. Anno 2010



Raccomandazioni di Osservasalute

La lettura congiunta degli indicatori esaminati evidenzia maggiori e più specifici bisogni assistenziali nelle fasce di età estreme, nonché una discreta variabilità regionale nell'accesso ad alcune forme di assistenza, quali la riabilitazione e la lungodegenza. Questo induce a porre un'adeguata attenzione nella pianificazione

dell'offerta sanitaria, al fine di migliorare la capacità di risposta del sistema ai bisogni di salute della popolazione ed a rendere più appropriato l'utilizzo dell'ospedale per le patologie acute e più efficace l'integrazione ospedale-territorio, a garanzia dell'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

Ricoveri ed accessi in Day Hospital, Day Surgery ed “One Day Surgery”

Significato. Gli indicatori proposti si riferiscono all’attività di ricovero svolta nelle discipline per acuti in regime assistenziale diurno (Day Hospital-DH e Day Surgery-DS). Essi sono rappresentati dal numero di ricoveri e di accessi ai servizi ospedalieri diurni, numero medio di accessi per ricovero, ovvero durata media delle prestazioni erogate per cicli terapeutici diurni, e percentuale dei ricoveri di DS sul totale delle dimissioni in modalità diurna. A tali indicatori si aggiunge un ulteriore indicatore rappresentato dalla percentuale di ricoveri in “One Day Surgery”, rispet-

to al totale delle dimissioni con DRG chirurgico con degenza ordinaria. La modalità di ricovero in “One Day Surgery” consiste, infatti, in un ricovero per intervento chirurgico con degenza breve, non superiore alla durata di un giorno.

Gli indicatori forniscono misure di appropriatezza dell’utilizzo della struttura ospedaliera per acuti evidenziando la prevalenza dei casi medici su quelli chirurgici in ricovero diurno e l’erogazione di prestazioni ospedaliere in “One Day Surgery”.

Numero medio di accessi in Day Hospital e Day Surgery

Numeratore	Accessi totali in regime di Day Hospital o Day Surgery
Denominatore	Dimissioni totali in Day Hospital o Day Surgery

Percentuale di ricoveri in Day Surgery

Numeratore	Ricoveri totali con DRG chirurgico in regime di Day Surgery
Denominatore	Dimissioni totali in Day Hospital o Day Surgery

x 100

Percentuale di ricoveri in “One Day Surgery”

Numeratore	Ricoveri totali con DRG chirurgico di 0-1 giorno in regime di Ricovero Ordinario
Denominatore	Dimissioni totali in regime di Ricovero Ordinario con DRG chirurgico

x 100

Validità e limiti. Nel calcolo del numero medio di accessi sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti in regime di DH e DS, effettuati presso tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale nell’anno 2010.

Per individuare i ricoveri di DS e “One Day Surgery”, si utilizza il sistema di classificazione DRG, considerando in particolare le dimissioni ospedaliere che hanno attribuito un DRG chirurgico.

A tal proposito, si ritiene necessario evidenziare che, dal 1 gennaio 2009, è stata adottata una versione aggiornata del sistema di classificazione ICD-9-CM, per la codifica delle diagnosi e procedure/interventi rilevati con il flusso informativo derivante dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). La versione adottata è quella relativa al 2007 e, conseguentemente, è stata anche adottata la corrispondente versione della classificazione DRG (XXIV versione). Per i raffronti temporali è necessario prestare le opportune cautele.

Inoltre, come già specificato, esistono differenti modalità di registrazione dei ricoveri in DH da parte delle regioni. Anche per questo aspetto occorre caute-

la nella lettura dei dati per i confronti regionali.

Infatti, si è più volte constatato che in talune regioni vengono seguite correttamente le indicazioni fornite a livello nazionale per la registrazione dei ricoveri diurni, cioè a completamento di un ciclo programmato di accessi. In altri casi, si effettua una dimissione amministrativa forzata, ad esempio trimestrale o mensile, che comporta un incremento fittizio del numero di dimissioni in ricovero diurno.

Infine, le differenze regionali relative alle dimissioni di “One Day Surgery” possono essere dovute ad una diversa organizzazione dell’offerta dei servizi, qualora possano essere queste erogate in ambito ambulatoriale. Per una migliore comprensione delle diciture riportate nelle tabelle, con DH si intendono le dimissioni per acuti con DRG medico o non classificato, mentre con DS le dimissioni con DRG chirurgico. Nello specifico, la “One Day Surgery” riguarda i casi di dimissione in regime ordinario, con durata della degenza non superiore ad un giorno e DRG chirurgico.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi specifici. Il confronto dei dati regionali con quello nazionale consente di evidenzia-

re le differenti modalità di registrazione degli accessi in regime diurno nelle regioni.

Descrizione dei risultati

Il valore nazionale è pari a 3,79 accessi per prestazioni di tipo medico ed a 1,60 accessi per prestazioni di tipo chirurgico. La distribuzione regionale evidenzia una maggiore variabilità per le prestazioni di tipo medico, passando da 2,39 accessi della Puglia a 8,16 dell'Emilia-Romagna.

Su tale variabilità incidono le patologie trattate, ma sicuramente anche le differenti modalità amministrative. Infatti, è rilevabile una correlazione inversa tra il numero medio di accessi e la numerosità dei ricoveri in DH, ad esempio in Emilia-Romagna ci sono 8,16 accessi a fronte di 90.771 dimessi, in Lombardia 3,14 accessi a fronte di 194.683 dimessi e nel Lazio 3,43 accessi a fronte di 240.334 dimessi.

Non si dimentichi l'utilizzo, talvolta improprio, della modalità assistenziale di DH per attività che potrebbe-

ro essere agevolmente effettuate in ambito ambulatoriale. Ciò, in particolare, si verifica per il DH diagnostico piuttosto che per quello terapeutico.

La percentuale di ricoveri in DS sul totale dei ricoveri diurni è in diminuzione rispetto all'anno precedente e si attesta al 45,54% nel 2010. La variabilità regionale è particolarmente significativa e denota un utilizzo differente dei regimi assistenziali ospedalieri. In generale, i valori sono tendenzialmente più elevati nelle regioni del Centro-Nord, piuttosto che nelle regioni meridionali. Le regioni che presentano percentuali di DS più contenute rispetto ai ricoveri diurni sono Calabria, Lazio e Sicilia, con percentuali intorno al 30%.

Anche le dimissioni in "One Day Surgery", che a livello nazionale rappresentano il 18,90%, delle dimissioni in regime ordinario con DRG chirurgico, presentano una elevata variabilità a livello territoriale. Si passa dal 4,68% della Sicilia al 32,06% del Piemonte.

Tabella 1 - Dimessi (valori assoluti) e numero medio di accessi in Day Hospital ed in Day Surgery per regione - Anno 2010

Regioni	Day Hospital			Day Surgery		
	Dimessi	Accessi	N medio accessi	Dimessi	Accessi	N medio accessi
Piemonte	84.868	405.508	4,78	107.999	112.813	1,04
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2.571	15.291	5,95	3.176	3.651	1,15
Lombardia	194.683	611.442	3,14	144.787	151.263	1,04
<i> Bolzano-Bozen</i>	<i>8.875</i>	<i>34.971</i>	<i>3,94</i>	<i>17.455</i>	<i>19.439</i>	<i>1,11</i>
<i> Trento</i>	<i>8.389</i>	<i>41.263</i>	<i>4,92</i>	<i>20.668</i>	<i>25.634</i>	<i>1,24</i>
Veneto	53.078	157.269	2,96	143.213	233.964	1,63
Friuli Venezia Giulia	19.982	120.970	6,05	31.574	60.693	1,92
Liguria	84.870	359.450	4,24	55.763	109.900	1,97
Emilia-Romagna	90.771	740.737	8,16	108.473	169.829	1,57
Toscana	88.025	416.284	4,73	68.526	76.375	1,11
Umbria	19.294	78.248	4,06	17.888	22.017	1,23
Marche	25.878	128.676	4,97	35.452	36.235	1,02
Lazio	240.334	825.211	3,43	119.536	284.435	2,38
Abruzzo	26.776	130.380	4,87	38.471	46.135	1,20
Molise	11.393	38.547	3,38	10.023	14.641	1,46
Campania	218.193	687.488	3,15	154.188	379.977	2,46
Puglia	130.559	312.614	2,39	101.573	152.710	1,50
Basilicata	21.852	75.114	3,44	15.305	34.732	2,27
Calabria	62.252	235.662	3,79	25.546	41.019	1,61
Sicilia	210.732	655.895	3,11	116.654	189.347	1,62
Sardegna	42.415	164.074	3,87	39.889	43.438	1,09
Italia	1.645.790	6.235.094	3,79	1.376.159	2.208.247	1,60

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Tabella 2 - Percentuale di ricoveri in Day Surgery ed in "One Day Surgery" per regione - Anno 2010

Regioni	Day Surgery	One Day Surgery
Piemonte	56,00	32,06
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	55,26	12,39
Lombardia	42,65	23,47
Bolzano-Bozen	66,29	7,18
Trento	71,13	7,21
Veneto	72,96	13,56
Friuli Venezia Giulia	61,24	25,53
Liguria	39,65	7,59
Emilia-Romagna	54,44	26,17
Toscana	43,77	26,42
Umbria	48,11	30,48
Marche	57,81	29,48
Lazio	33,22	12,09
Abruzzo	58,96	11,42
Molise	46,80	6,40
Campania	41,41	9,76
Puglia	43,76	18,89
Basilicata	41,19	7,35
Calabria	29,10	9,90
Sicilia	35,63	4,68
Sardegna	48,47	11,98
Italia	45,54	18,90

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

I recenti piani sanitari, nazionali e regionali, propongono una revisione della rete ospedaliera esistente ponendo, quale obiettivo prioritario, un riequilibrio tra i livelli di assistenza sanitaria. A tal fine, è auspicata una riallocazione delle risorse, dalla cura alla prevenzione, dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale; un incremento del ricovero diurno; la collocazione degli interventi riabilitativi e di lungodegenza in ambito residenziale e domiciliare; una programmazione sanitaria volta all'abbattimento dei tempi di attesa e l'adozione di sistemi di valutazione circa l'appropriatezza della modalità di erogazione delle

prestazioni sanitarie.

Il Patto per la Salute 2010-2012, nel ribadire la necessità di perseguire l'efficienza, la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza sanitaria, anche ai fini del raggiungimento dell'equilibrio economico, fornisce un aggiornamento della lista di DRG ad alto rischio di non appropriatezza se erogati in regime di ricovero ordinario. È necessario monitorare nel tempo il processo di ospedalizzazione, al fine di produrre misure correttive adeguate per la razionalizzazione della rete ospedaliera ed un'efficace integrazione della stessa con i servizi sanitari territoriali.

Ospedalizzazione per DRG medici e chirurgici

Significato. L'indicatore illustrato confronta i tassi di dimissione (TD) per DRG medico e chirurgico, sia per il regime di degenza ordinaria che per quello diurno, con lo scopo di valutare, nell'ambito di ogni regione, il contributo fornito da ciascuna componente al TD complessivo. In questo contesto, viene analizzata anche la percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri.

L'indicatore è inserito nel *set* di indicatori di appropriatezza di cui all'allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 del dicembre 2009 (1). La variabilità regionale del TD generale si riflette, naturalmente, anche sui TD per DRG medici e chirurgici. La variabilità geografica fornisce una rappresentazione abbastanza efficace delle politiche attuate dalle diverse regioni in termini di dimensionamento dell'offerta ospedaliera, di contrasto dei ricoveri inappropriati, di organizzazione dei servizi di Pronto Soccorso e di diagnosi strumentale e di decentramento dell'assistenza verso *setting* assistenziali extradegenza o verso i servizi distrettuali.

Tasso di dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici*

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

Denominatore

Percentuale di DRG chirurgici sul totale dei dimessi

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Dimissioni ospedaliere per DRG chirurgici}}{\text{Dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici}} \times 1.000$$

Denominatore

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

Validità e limiti. Nel calcolo del tasso di ospedalizzazione sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti escludendo i ricoveri per lungodegenza e riabilitazione.

Quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina ed a popolazioni confrontabili per caratteristiche demografiche ed epidemiologiche, il TD esprime la domanda soddisfatta. Quando si confrontano dati relativi al complesso della casistica trattata in un determinato contesto geografico intervengono anche dei fattori confondenti per cui deve essere posta la massima attenzione alla possibile variabilità determinata da differenze demografiche ed epidemiologiche esistenti nelle diverse realtà.

Per evitare di sottovalutare tali aspetti ed attenuare, almeno in parte, il fattore di confondimento dovuto alla diversa composizione per età della popolazione,

Le differenze dei TD Med sono, in massima parte, spiegabili dalle variabili legate alla struttura dell'offerta ed alle politiche organizzative di governo della domanda. Anche il TD Ch è correlato al dimensionamento dell'offerta, ma a tale riguardo è importante considerare che anche altri fattori possono influenzare caratteristiche e volumi del servizio reso in termini di accesso ed erogazione delle prestazioni chirurgiche, in particolare quando si evidenziano situazioni di sovra o sotto utilizzo delle stesse (ad esempio, consenso non univoco dei professionisti riguardo le indicazioni all'intervento, caratteristiche dei *setting* assistenziali proposti, livello di informazione dei pazienti etc.).

Di seguito saranno illustrati e descritti in dettaglio i dati relativi all'anno 2010, mentre sarà richiamato, in forma aggregata, il confronto con le serie di dati registrati dall'anno 2002. Per un confronto analitico dell'andamento dell'indicatore a livello regionale dall'anno 2002, si rimanda al testo ed alle tabelle pubblicate nel Capitolo "Assistenza Ospedaliera" dell'edizione 2011 del Rapporto Osservasalute (2).

i TD sono stati standardizzati per età con riferimento alla popolazione media residente in Italia nel 2001.

Peraltro, qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime di Day Hospital (DH) medico, in quanto alcune regioni hanno adottato proprie modalità di registrazione dei cicli e degli accessi effettuati in regime diurno. Per i DRG chirurgici occorre tenere conto del fatto che alcune regioni, soprattutto del Centro e del Nord, hanno da tempo attivato percorsi ambulatoriali extradegenza per l'esecuzione di interventi chirurgici di bassa complessità ed alta incidenza (ad esempio, decompressione tunnel carpale, interventi sul cristallino etc.).

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per i tassi di ospedalizzazione dei ricoveri di tipo medico o chirurgico. L'allegato 2

del Patto per la Salute 2010-2012 prevede per l'indicatore "Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri", uno standard pari al valore medio delle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza. In questa sede riteniamo che il confronto dei tassi regionali con il valore nazionale consenta di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero per le due tipologie considerate. È opportuno, peraltro, precisare che, per i ricoveri di tipo medico, i TD più bassi possono fornire una misura abbastanza significativa delle reali possibilità di contenere l'ospedalizzazione e contrastare l'inappropriatezza dei ricoveri. Al contrario, per i DRG chirurgici, gli scostamenti dal valore nazionale, sia in senso positivo che negativo, consentono solo una descrizione del fenomeno ed, in assenza di ulteriori e più approfondite indagini, non permettono di trarre conclusioni certe riguardo all'appropriatezza dell'offerta ed al governo della domanda.

Descrizione dei risultati

Nel 2010, si è registrato un TD complessivo per i DRG considerati (escluso le ospedalizzazioni per lungodegenza e riabilitazione) di 163,9 per 1.000 abitanti.

Il TD per DRG medici è di 95,1 (per 1.000), di cui il 68,8 (per 1.000) in Ricovero Ordinario (RO) ed il 26,3 (per 1.000) in regime di DH. Per i ricoveri chirurgici si registra un TD complessivo del 68,8 (per 1.000), di cui il 46,5 (per 1.000) in regime di RO ed il 22,3 (per 1.000) in regime di DH (Tabella 1). Calcolando le percentuali, a partire dai TD, vediamo che i ricoveri in DH e Day Surgery (DS) rappresentano, rispettivamente, il 27,6% dei dimessi con DRG medico ed il 32,4% dei dimessi con un DRG chirurgico.

I Grafici 1 e 2 mostrano i trend temporali aggregati dal 2002 al 2010 dei TD per DRG medici e chirurgici. Durante gli anni interessati, il TD per DRG medici ha fatto registrare una progressiva e rapida diminuzione, con una riduzione marcata e costante per la quota dei dimessi in regime di RO ed una sostanziale stabilità, seguita da una lieve riduzione, dei ricoveri diurni.

Per i DRG chirurgici, la riduzione del TD è meno marcata, ma comunque presente. A tale fenomeno ha contribuito anche il progressivo trasferimento delle attività chirurgiche minori verso il regime diurno ed ambulatoriale. Infatti, si è assistito, tra il 2002 ed il 2005, ad una diminuzione dell'utilizzo del RO ed a un aumento del tasso di dimissione in regime di DS. Dal 2006, il tasso è in diminuzione anche per il ricovero in DS, segno di un trasferimento, sempre maggiore, di prestazioni chirurgiche a livello ambulatoriale.

Nello stesso periodo, il tasso per i DRG chirurgici è cresciuto, in particolare dal 2002 al 2004, e successivamente è diminuito in modo costante, in massima parte per una evidente contrazione dei ricoveri diurni.

Nell'ultimo anno si conferma il trend in diminuzione dei TD per DRG medici e chirurgici complessivi, in regime ordinario e DH.

TD DRG medici

I TD complessivi per DRG medici mostrano, anche per il 2010, un'elevata variabilità regionale. Dal valore nazionale di 95,1 per 1.000 abitanti, la differenza tra i valori estremi registrati risulta di 54,9 ricoveri (per 1.000) (Tabella 1 e Grafico 3) con il valore più basso registrato in Veneto (70,3 per 1.000) ed il più elevato in Puglia (125,2 per 1.000).

Il TD in regime ordinario (dato nazionale di 68,8 per 1.000) va dal 52,5 (per 1.000) del Piemonte al 91,3 (per 1.000) della Puglia, mentre il tasso in regime di DH (dato nazionale di 26,3 per 1.000) oscilla tra il 10,6 (per 1.000) del Veneto ed il 45,8 (per 1.000) della Liguria. La variabilità regionale, elevata per entrambe le modalità di ricovero, risulta leggermente più marcata per i ricoveri ordinari.

L'analisi dei risultati dimostra la presenza di un evidente gradiente geografico dei TD standardizzati, sia per il RO che per il DH, con valori molto più elevati nel Mezzogiorno e, con qualche eccezione, minori nel Centro-Nord.

In particolare, la PA di Bolzano, la Liguria, il Lazio e tutte le regioni del Meridione presentano un tasso di ospedalizzazione complessivo sensibilmente superiore a quello nazionale.

Quasi tutte le regioni che presentano un TD complessivo al di sopra del dato nazionale hanno un eccesso di ricoveri sia in RO che diurno. Sono un'eccezione la Liguria, il Lazio e la Basilicata che presentano un TD standardizzato superiore alla media solo in regime diurno e la PA di Bolzano, l'Abruzzo e la Sardegna che presentano, al contrario, un TD standardizzato elevato solo in regime ordinario ed un utilizzo del DH inferiore o in linea a quello nazionale.

TD DRG chirurgici

La variabilità dei TD regionali per i DRG chirurgici è meno elevata rispetto ai TD dei DRG medici. Il dato nazionale del 68,8 per 1.000 abitanti è compreso tra il 53,9 (per 1.000) della Calabria e l'82,2 (per 1.000) della Valle d'Aosta. La differenza tra i due valori estremi è di 28,3 ricoveri (per 1.000).

I risultati mostrano come per i TD complessivi per DRG chirurgici non sia presente un chiaro gradiente geografico.

Nel dettaglio si rileva che 9 regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Emilia-Romagna, Marche, Abruzzo, Molise, Campania e Puglia) e le PA di Bolzano e Trento, presentano un TD standardizzato superiore a quello nazionale, 3 regioni (Veneto, Friuli Venezia Giulia ed Umbria) un valore in linea con il dato nazionale ed altre 7 regioni (Lombardia, Toscana, Lazio, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna) un dato inferiore.

Per quanto riguarda il TD in regime ordinario (dato nazionale del 46,5 per 1.000), il valore minimo si registra nella PA di Trento (37,9 per 1.000), mentre il valore massimo in Valle d'Aosta (56,1 per 1.000).

Per i ricoveri in DH (dato nazionale del 22,3 per 1.000), abbiamo una variabilità regionale più marcata che va dal 14,0 (per 1.000) della Lombardia al 41,4 (per 1.000) della PA di Trento. Le uniche regioni che presentano, in regime di DS, tassi al di sotto del valore nazionale sono, oltre la Lombardia, l'Emilia-Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, il Lazio e la Calabria (Tabella 1 e Grafico 4).

La Tabella 1 ed il Grafico 5 mostrano la percentuale di dimessi con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri, in regime di RO e DH. Tale indicatore è previsto nel set di indicatori di appropriatezza introdotti dal Patto per la Salute 2010-2012. Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento della quota di dimessi con DRG chirurgico rispetto al totale dei dimessi. Il dato percentuale, registrato nel 2010, mostra una leggera inversione di tendenza rispetto a tale trend (si è passati dal 41,7% del

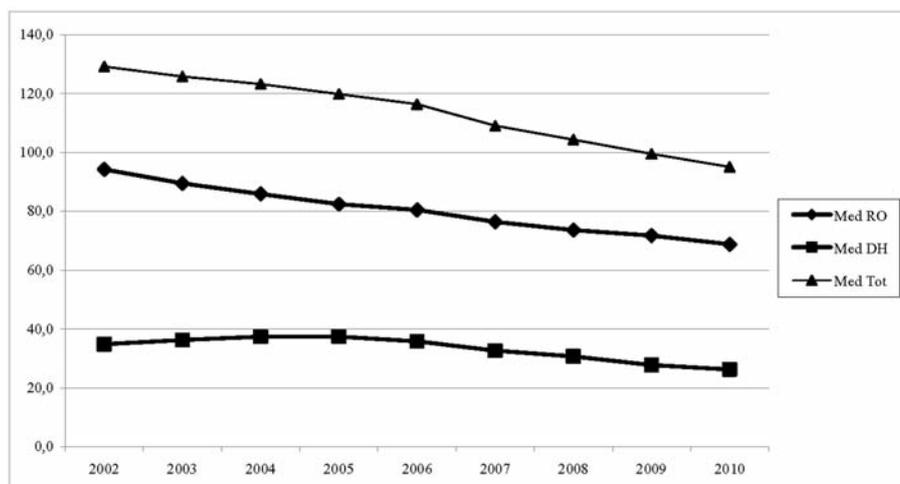
2009 al 41,6% del 2010), anche se il fenomeno è senza dubbio da ricondurre al trasferimento al regime ambulatoriale di alcune procedure chirurgiche di bassa complessità.

La percentuale dei dimessi con un DRG chirurgico è del 39,8% per i pazienti ricoverati in regime di RO e del 46,0% per quelli trattati in DH.

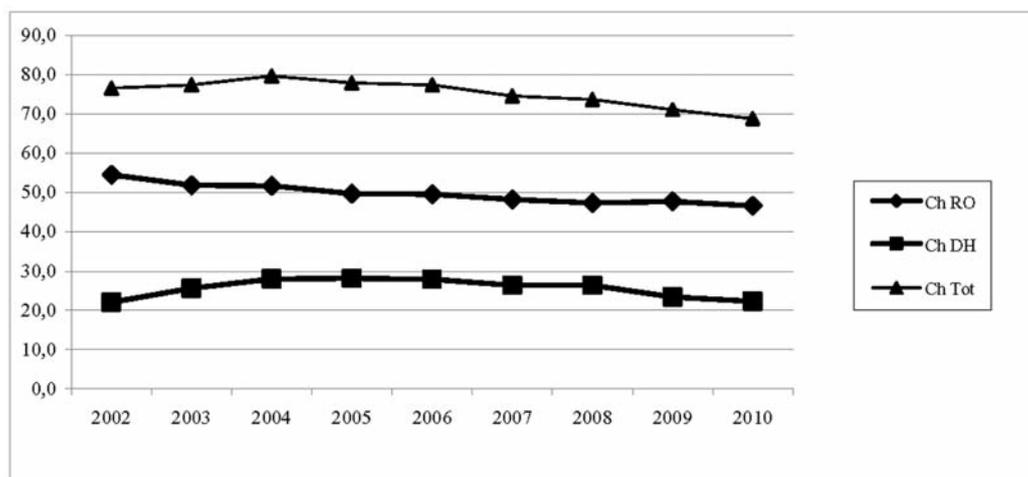
L'indicatore presenta anche un'elevata variabilità regionale con valori compresi tra il 31,3% della Calabria ed il 51,6% della PA di Trento. La variabilità regionale è molto più elevata per i ricoveri in DH, valori compresi tra il 30,3% della Calabria ed il 75,6% della PA di Trento, mentre è più contenuta per la modalità in RO, con valori compresi tra il 31,7% della Calabria ed il 48,9% del Piemonte.

Per questo indicatore è presente un forte gradiente geografico, con tutte le regioni del Centro-Nord, escluso Liguria, Umbria e Lazio, che presentano valori al di sopra del dato nazionale e tutte le regioni del Sud e le Isole, ad eccezione dell'Abruzzo, che presentano valori inferiori.

Grafico 1 - Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per DRG medici e regime di ricovero - Anni 2002-2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

Grafico 2 - Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per DRG chirurgici e regime di ricovero - Anni 2002-2010

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

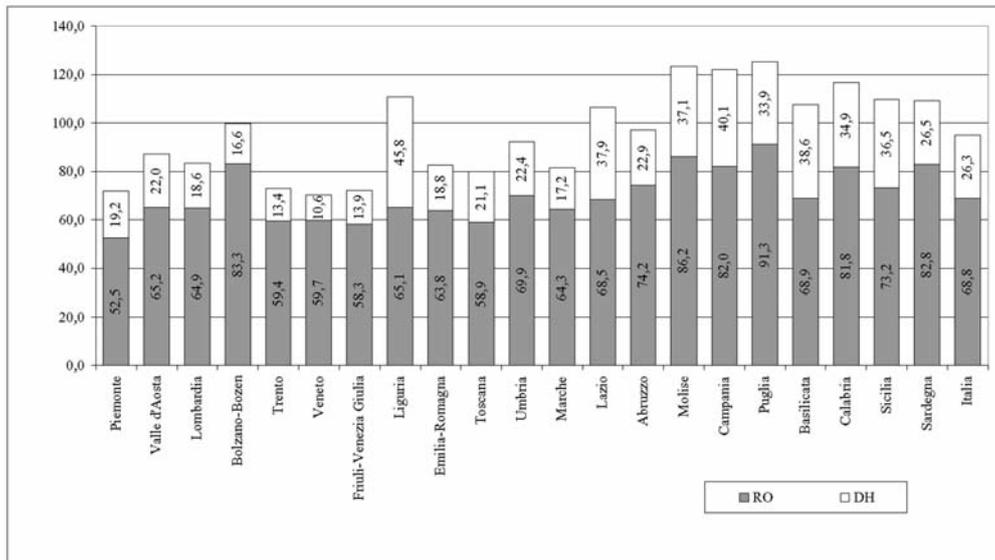
Tabella 1 - Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici e percentuale di DRG chirurgici per regime di ricovero e regione - Anno 2010

Regioni	DRG Medici			DRG Chirurgici			% DRG Chirurgici		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	52,5	19,2	71,8	51,3	23,0	74,4	48,9	54,7	50,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	65,2	22,0	87,2	56,1	26,1	82,2	45,7	54,5	48,2
Lombardia	64,9	18,6	83,4	50,6	14,0	64,6	43,5	42,7	43,4
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>83,3</i>	<i>16,6</i>	<i>99,8</i>	<i>43,3</i>	<i>30,3</i>	<i>73,6</i>	<i>33,9</i>	<i>64,2</i>	<i>42,1</i>
<i>Trento</i>	<i>59,4</i>	<i>13,4</i>	<i>72,8</i>	<i>37,9</i>	<i>41,4</i>	<i>79,3</i>	<i>38,3</i>	<i>75,6</i>	<i>51,6</i>
Veneto	59,7	10,6	70,3	40,3	28,3	68,6	39,8	72,6	48,8
Friuli Venezia Giulia	58,3	13,9	72,2	45,0	23,5	68,6	42,3	63,1	47,5
Liguria	65,1	45,8	110,9	41,5	33,1	74,7	37,9	41,9	39,5
Emilia-Romagna	63,8	18,8	82,6	48,1	21,9	70,0	41,6	53,7	44,7
Toscana	58,9	21,1	80,0	46,3	17,6	63,8	42,8	46,0	43,6
Umbria	69,9	22,4	92,3	50,4	18,1	68,5	40,7	45,5	41,9
Marche	64,3	17,2	81,5	51,0	20,8	71,8	42,9	55,6	46,0
Lazio	68,5	37,9	106,4	45,9	20,7	66,6	39,8	35,4	38,3
Abruzzo	74,2	22,9	97,1	45,8	27,4	73,2	37,4	55,3	42,6
Molise	86,2	37,1	123,3	46,2	24,8	71,0	33,9	41,2	36,2
Campania	82,0	40,1	122,1	46,7	28,3	75,0	36,2	40,7	37,8
Puglia	91,3	33,9	125,2	54,4	26,1	80,5	36,9	43,5	38,8
Basilicata	68,9	38,6	107,5	40,8	25,8	66,6	36,4	40,3	37,8
Calabria	81,8	34,9	116,7	38,7	15,2	53,9	31,7	30,3	31,3
Sicilia	73,2	36,5	109,7	39,5	23,8	63,3	34,5	39,3	36,2
Sardegna	82,8	26,5	109,3	40,3	24,0	64,3	32,8	48,0	37,2
Italia	68,8	26,3	95,1	46,5	22,3	68,8	39,8	46,0	41,6

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

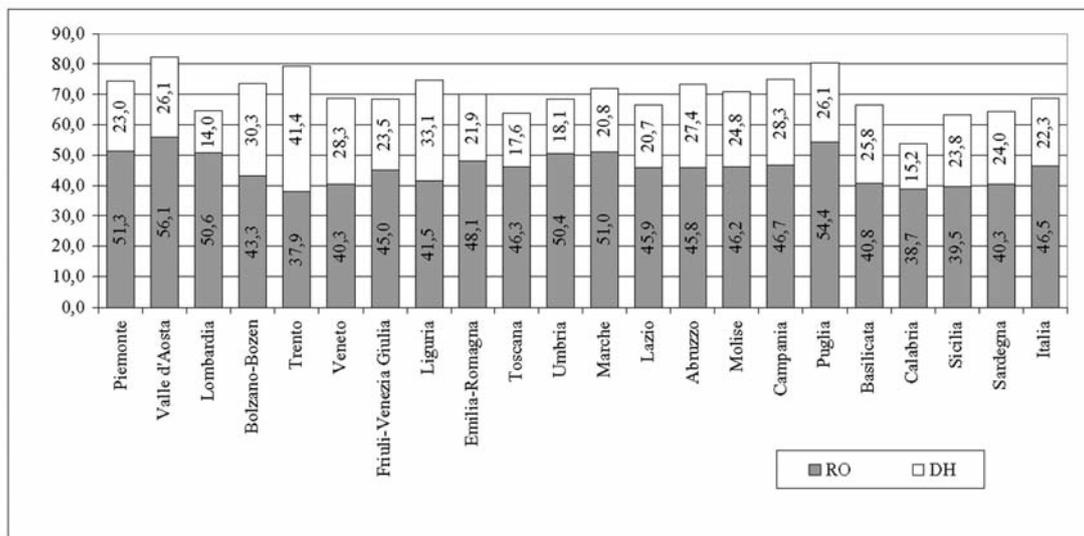
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

Grafico 3 - Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per DRG medici, regime di ricovero e regione - Anno 2010

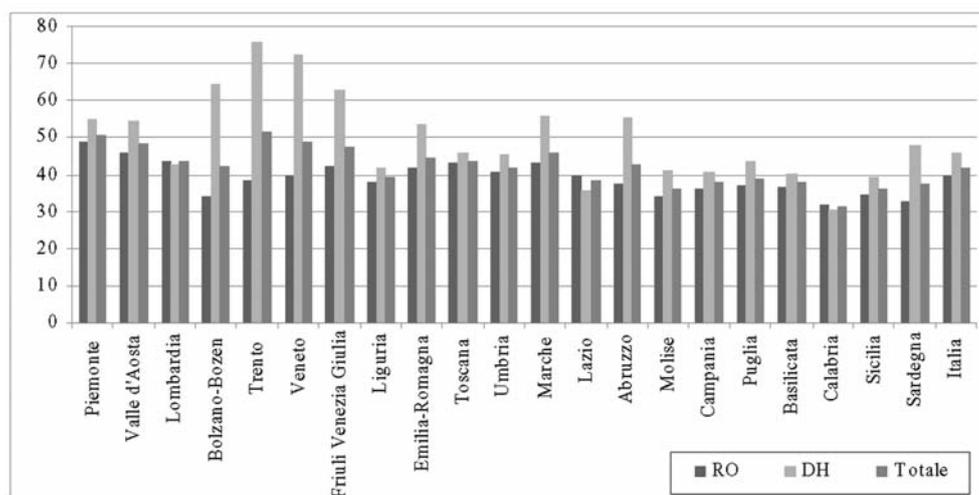


Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

Grafico 4 - Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per DRG chirurgici, regime di ricovero e regione - Anno 2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

Grafico 5 - Percentuale di DRG chirurgici sul totale dei dimessi per regime di ricovero e regione - Anno 2010

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati a disposizione permettono di valutare il trend dell'ospedalizzazione, scomposta per DRG medici e chirurgici, dal 2002 al 2010. Negli anni in esame, i dati hanno evidenziato una costante riduzione dell'ospedalizzazione per entrambi le tipologie di DRG e per entrambi i regimi di ricovero. Tale riduzione consente di valutare l'efficacia delle politiche messe in campo dalle regioni nel periodo considerato per contrastare il fenomeno dell'inappropriatezza dei ricoveri. Ad una iniziale contrazione della quota di DRG medici in RO ha fatto seguito, negli ultimi anni, sulla spinta delle indicazioni di carattere normativo e della generale tendenza al potenziamento della rete diagnostica ambulatoriale, un più diffuso utilizzo del Day Service e della chirurgia ambulatoriale ed una generale e sensibile contrazione dei TD per tutte le tipologie e le modalità di ricovero considerate, in tutte le regioni.

Nonostante tale diffusa riduzione dei ricoveri, è ancora presente una elevata variabilità regionale, specialmente per i DRG medici. Per allineare il valore nazionale del TD dei ricoveri medici a quello delle regioni che presentano le migliori *performance*, occorre continuare ad introdurre misure correttive adeguate per razionalizzare la rete ospedaliera, finalizzando le azioni verso un uso appropriato dell'ospedale per le patologie acute, ad una più efficace integrazione ospedale-territorio ed allo sviluppo dei servizi assistenziali distrettuali.

Anche il TD per DRG chirurgici presenta, a livello regionale, valori non omogenei. È, quindi, necessario

adottare, soprattutto dove il TD per DRG chirurgici presenta ancora scostamenti significativi, interventi normativi e Linee Guida per definire i *setting* assistenziali più appropriati con l'obiettivo di trasferire, verso il regime di DS, un'ulteriore quota di attività ancora effettuata in RO. Inoltre, è fondamentale continuare ad incrementare il numero di prestazioni erogate a livello ambulatoriale ed, a tal fine, stabilire modalità tecniche ed organizzative per gestire in sicurezza gli interventi chirurgici a basso rischio e bassa complessità in regime ambulatoriale extradegenza.

Al fine di garantire equità di accesso e sicurezza delle prestazioni erogate, occorrerebbe anche chiedersi se il presunto eccesso o difetto di ospedalizzazione rilevato in alcune regioni per le attività chirurgiche, sia da attribuire a differenze epidemiologiche (diversa incidenza delle patologie), organizzative (trasferimento degli interventi meno complessi in regime extradegenza), oppure ad un sotto/sovra dimensionamento dell'offerta in grado, rispettivamente, di limitare o amplificare le possibilità di accesso alle prestazioni (domanda soddisfatta).

L'analisi condotta non consente di proporre evidenze o trarre conclusioni a tale proposito e, quindi, sarebbe auspicabile ed utile ampliare e raffinare il campo d'indagine con studi *ad hoc* in grado di fornire ulteriori elementi di conoscenza al riguardo.

Riferimenti bibliografici

(1) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le PA di Trento e Bolzano. Allegato 3 del Patto per la Salute 2010-2012. Provvedimento del 3 Dicembre 2009. Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010.

Degenza Media PreOperatoria per le procedure chirurgiche

Significato. L'indicatore Degenza Media PreOperatoria (DMPO) è compresa nel *set* di indicatori di appropriatezza presi come riferimento dal Patto per la Salute 2010-2012 (1).

Il periodo di tempo trascorso in ospedale prima di eseguire un intervento chirurgico in regime di Ricovero Ordinario (RO) è utilizzato il più delle volte per effettuare accertamenti diagnostici o altre attività terapeutiche ed assistenziali propedeutiche all'intervento stesso. Nella grande maggioranza dei ricoveri programmati, tali attività possono e dovrebbero essere effettuate nel periodo pre-ricovero attraverso la rete ambulatoriale, il Day Service o il Day Hospital (DH). Per i ricoveri in urgenza da Pronto Soccorso è quasi sempre possibile snellire l'*iter* clinico ed assistenziale in degenza attraverso l'adozione di adeguati modelli

organizzativi come, ad esempio, percorsi diagnostici preferenziali e sale operatorie e/o sedute chirurgiche dedicate. Il dato della DMPO può essere, pertanto, assunto come indicatore *proxy* della capacità di una struttura e di un determinato contesto organizzativo di assicurare una efficiente gestione del percorso preoperatorio in elezione e di pianificare con efficacia, anche in urgenza, l'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica.

Una elevata DMPO denota, generalmente, difficoltà di accesso ai servizi diagnostici ospedalieri o extraospedalieri alternativi al tradizionale ricovero che si traduce in un uso, potenzialmente inappropriato, dei posti letto e delle risorse umane e materiali riservate alla degenza ordinaria.

Degenza Media PreOperatoria per Ricoveri Ordinari*

Numeratore Giornate di Degenza PreOperatoria per DRG chirurgici

Denominatore Dimissioni con DRG chirurgici

*La formula della standardizzazione per *case mix* è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. L'indicatore non è influenzato da fattori confondenti quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina chirurgica. Quando si confrontano casistiche regionali che, verosimilmente, comprendono tutti i DRG chirurgici, deve essere posta la massima attenzione alla variabilità determinata dal diverso *case mix* trattato dalle realtà considerate. Pertanto, per rendere quanto più possibile significativo il confronto dei dati rilevati nelle singole regioni, la DMPO, degli anni 2006 e 2010, è stata standardizzata per il *case mix* trattato in ciascuna struttura indagata.

Per la costruzione dell'indicatore sono state considerate tutte le procedure chirurgiche principali eseguite, ad eccezione di quelle relative al Capitolo 16 "Miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche" della classificazione ICD-9-CM.

Valore di riferimento/Benchmark. L'allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 prevede come benchmark il valore medio registrato nelle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza. In questa sede riteniamo che il valore nazionale possa essere assunto come riferimento per il confronto delle diverse *performance*, mentre i valori più bassi di DMPO rilevati forniscono una misura rappresentativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso assistenzia-

le preoperatorio messe in atto, rispetto a valori di DMPO più elevati.

Descrizione dei risultati

La Tabella 1 mette a confronto i valori di DMPO standardizzati per *case mix* rilevati dal 2006 al 2010, per regione di ricovero. In generale, la ricerca di efficienza legata al processo di aziendalizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale, ha determinato una forte riduzione della DMPO già negli anni antecedenti a quelli considerati in questo contesto. Nel periodo in esame, la DMPO, a livello nazionale, registra una riduzione assai modesta in rapporto ai potenziali margini di miglioramento che sono resi evidenti dall'estrema e costante variabilità dell'indicatore nel confronto tra le diverse regioni.

Tra il 2006 ed il 2010, la DMPO standardizzata a livello nazionale ha subito una lieve riduzione (da 2,00 a 1,88 giorni), mentre nell'ultimo anno il dato è rimasto invariato.

Si è assistito, invece, ad una più marcata contrazione del *range* dei valori di DMPO rilevati (Tabella 1 e Grafico 1). Infatti, tra il 2006 ed il 2010, il *range* della DMPO standardizzata si è ridotto da 1,66 giorni (1,22 della Valle d'Aosta vs 2,88 giorni del Lazio) a 1,20 giorni (1,27 dell'Emilia-Romagna vs 2,47 giorni del Lazio).

L'analisi dei dati regionali mostra che tutte le regioni presentano valori in lieve diminuzione, ad eccezione

di Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Lombardia e PA di Bolzano che mostrano un lieve incremento o un valore identico a quello del 2006. Tale incremento è, comunque, di lieve entità e riguarda esclusivamente regioni che già presentavano valori molto più bassi del valore nazionale. Le regioni in cui si registrano le riduzioni maggiori della DMPO, tra il 2006 ed il 2010, sono il Piemonte, la Toscana, il Lazio e l'Emilia-Romagna.

Nel 2010, si registra un valore al di sotto del dato nazionale nella maggior parte delle regioni del Nord e del Centro, mentre il valore è al di sopra di quello nazionale nel Lazio, Liguria ed in tutte le regioni del Mezzogiorno, ad eccezione dell'Abruzzo che ha un dato in linea con il valore nazionale (Tabella 1 e Grafico 1).

Tra il 2009 ed il 2010, la riduzione maggiore della DMPO si è registrata in Emilia-Romagna dove si è passati da 1,63 ad 1,27 giorni (Tabella 1).

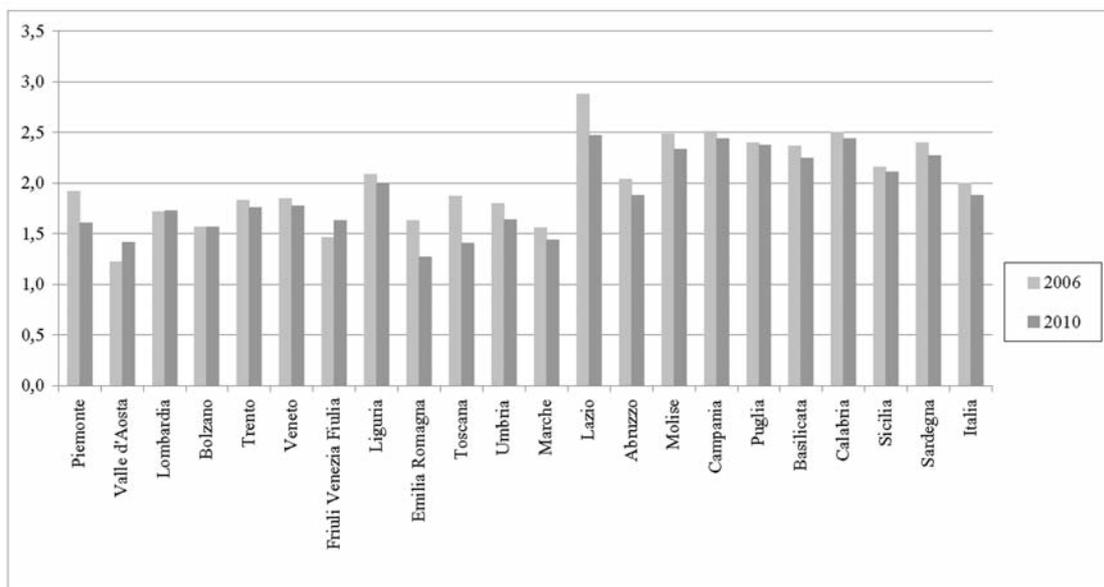
Il Grafico 2 mostra la DMPO standardizzata per *case mix* scomposta per genere. La DMPO risulta essere maggiore per gli uomini rispetto alle donne, sia a livello nazionale che regionale. Anche la variabilità regionale è sensibilmente più elevata per gli uomini. Infatti, il *range* registrato tra gli uomini è di 1,42 giorni (1,42 dell'Emilia-Romagna vs 2,84 giorni del Lazio), mentre per le donne è di 1,07 giorni (1,16 giorni dell'Emilia-Romagna vs 2,23 giorni della Calabria). Dalla lettura dei dati si evidenzia che le regioni che presentano una DMPO più elevata hanno, tendenzialmente, un *gap* uomini-donne più marcato.

Tabella 1 - Degenza Media PreOperatoria standardizzata per case mix in regime di RO per acuti, per tutte le procedure principali eseguite e per regione - Anni 2006-2010

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010
Piemonte	1,92	1,88	1,89	1,66	1,61
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,22	1,16	1,38	1,61	1,42
Lombardia	1,72	1,75	1,76	1,73	1,73
Bolzano-Bozen	1,57	1,59	1,61	1,61	1,57
Trento	1,83	1,90	1,98	1,81	1,76
Veneto	1,85	1,81	1,84	1,79	1,78
Friuli Venezia Giulia	1,46	1,56	1,57	1,78	1,63
Liguria	2,09	2,09	2,13	1,98	1,99
Emilia-Romagna	1,63	1,63	1,67	1,63	1,27
Toscana	1,87	1,79	1,71	1,45	1,41
Umbria	1,80	1,86	1,88	1,71	1,64
Marche	1,56	1,52	1,51	1,44	1,44
Lazio	2,88	2,82	2,65	2,48	2,47
Abruzzo	2,04	1,90	1,95	1,93	1,88
Molise	2,49	2,58	2,56	2,47	2,34
Campania	2,51	2,57	2,53	2,44	2,44
Puglia	2,40	2,38	2,31	2,34	2,37
Basilicata	2,37	2,34	2,38	2,24	2,25
Calabria	2,50	2,65	2,56	2,39	2,44
Sicilia	2,16	2,18	2,13	2,11	2,11
Sardegna	2,40	2,32	2,25	2,23	2,27
Italia	2,00	1,99	1,97	1,88	1,88

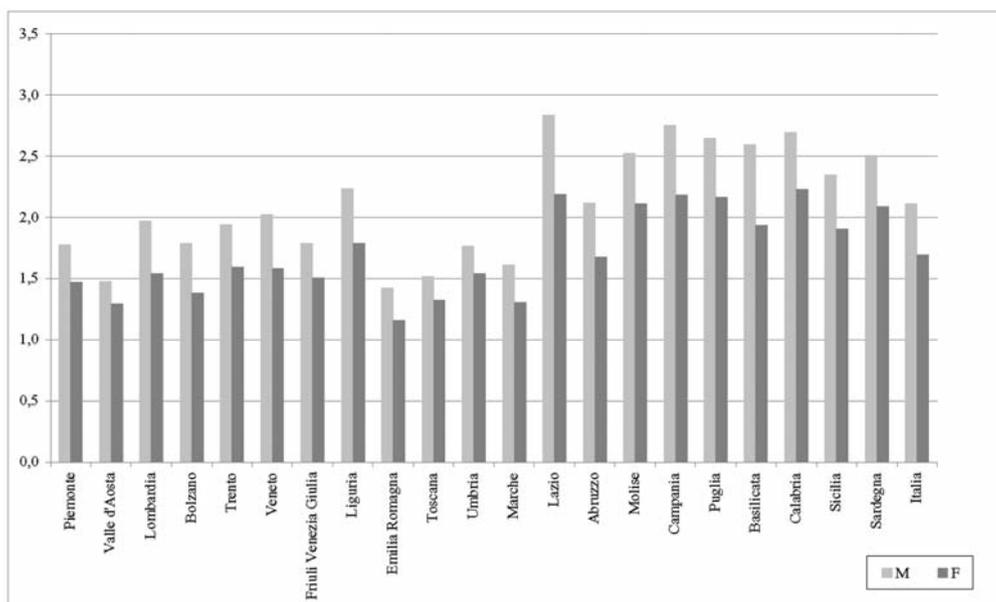
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Grafico 1 - Degenza Media PreOperatoria standardizzata per case mix in regime di RO per acuti, per tutte le procedure principali eseguite e per regione - Anni 2006, 2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Grafico 2 - Degenza Media PreOperatoria standardizzata per case mix in regime di RO per acuti, per tutte le procedure principali eseguite, per genere e regione - Anno 2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati presentati riguardano la DMPO sia dei ricoveri chirurgici programmati che di quelli urgenti. Il quadro complessivo conferma l'efficacia delle misure adottate in alcune regioni, in particolare quelle del Nord, per riorganizzare i percorsi assistenziali ospedalieri e, nel contempo, per migliorare l'accessibilità ai servizi diagnostici extraospedalieri in funzione del-

l'appropriatezza d'uso dell'ospedale. Sono allo stesso tempo evidenti i primi sensibili miglioramenti in alcune delle regioni che presentavano le situazioni più critiche, segno dei positivi effetti delle misure adottate in tal senso.

Un'attenta gestione dei percorsi preoperatori per i ricoveri programmati e l'adozione di Linee Guida per codificare le prassi assistenziali ed organizzative da

adottare per i ricoveri effettuati in urgenza, possono evitare, in entrambi i casi, attese ingiustificate e ritardi nell'esecuzione dell'intervento chirurgico. I dati presentati dimostrano che è possibile migliorare sensibilmente la gestione preoperatoria del paziente, con l'obiettivo di aumentare l'efficienza complessiva del percorso chirurgico. Un'attenzione in tal senso, oltre che assicurare un'efficiente gestione, andrebbe a vantaggio anche del gradimento, dell'efficacia, della sicurezza e degli esiti degli interventi stessi. A tale proposito, diversi studi hanno dimostrato un'evidente correlazione tra un'elevata DMPO e l'incidenza d'infezioni ospedaliere. Si aggiunga che, se il sistema di rimborso a prestazione e le opportunità offerte dall'evoluzione scientifica e tecnologica hanno favorito la progressiva riduzione della degenza media dei ricoveri chirurgici in degenza ordinaria, sia i clinici che varie organizzazioni di tutela dei pazienti ritengono più utile ed etico che la ricerca dell'efficienza

ed il "guadagno" in termini di giornate di degenza risparmiate, siano perseguiti soprattutto attraverso l'ottimizzazione dei percorsi preoperatori, piuttosto che con politiche assistenziali volte a favorire la dimissione precoce, a volte intempestiva, dei pazienti operati. Le evidenze rilevate e queste considerazioni dovrebbero spingere tutte le regioni a monitorare con attenzione il fenomeno, anche allo scopo di definire soglie massime della DMPO per i più frequenti DRG chirurgici. Resta da indagare il motivo della marcata differenza della DMPO tra il genere femminile ed il genere maschile ed, in particolare, se queste differenze persistono per la stessa tipologia d'intervento.

Riferimenti bibliografici

(1) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le PA di Trento e Bolzano. Allegato 3 del Patto per la Salute 2010-2012, Provvedimento del 3 Dicembre 2009. Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010.

Percentuale di interventi per frattura del collo del femore

Significato. L'indicatore fornisce indicazioni sulla tempestività della risoluzione chirurgica delle fratture di collo di femore nella popolazione *over* 65 anni. La frattura del collo del femore è un evento frequente tra la popolazione anziana ed è spesso causa di peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrispondono un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, un aumento delle complicanze legate all'intervento ed una minore efficacia della fase riabilitativa. Molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale (1-2). Uno studio condotto in Italia e pubblicato nel 2010 mette in evidenza come la mortalità a 30 giorni, per i pazienti con età >65 anni operati per frattura di femore, sia due volte superiore nei pazienti operati dopo la seconda giornata di degenza rispetto ai pazienti operati entro 2 giorni, dopo aver tenuto conto dell'età, del genere e delle condizioni cliniche del paziente (3). Il tempo di attesa per intervento per frattura di femo-

re è considerato uno dei principali indicatori *proxy* della qualità della gestione clinica e della presa in carico del paziente stesso. Unità Operative o strutture ospedaliere che presentano tempi di attesa ridotti per interventi per frattura del collo del femore hanno, probabilmente, messo in campo dei modelli di gestione efficaci, non solo nella fase di accesso e preoperatoria, ma anche nelle fasi successive all'intervento (ad esempio riabilitativa), con possibili ricadute positive complessive sugli esiti clinici.

La percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro le 48 ore dal ricovero per pazienti con età >65 anni viene monitorata, a livello internazionale, dall'*Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD). Tale monitoraggio mostra che in Paesi come la Danimarca e la Svezia, nel 2009, il valore dell'indicatore è superiore al 90%, mentre in Paesi come l'Italia e la Spagna continua ad essere inferiore al 40% (4). A livello nazionale l'indicatore, senza la variabile relativa all'età, è tra quelli inseriti nel *set* di indicatori di appropriatezza di cui all'allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 del dicembre 2009 (5).

Percentuale di interventi per frattura del collo del femore

Numeratore	Dimessi con diagnosi principale di frattura del collo del femore che abbiano subito l'intervento entro 2 giorni (48 ore) dal ricovero	
		x 100
Denominatore	Dimessi totali con diagnosi principale di frattura del collo del femore	

Validità e limiti. Viste le numerose evidenze scientifiche, il tempo d'intervento rappresenta un valido indicatore della qualità delle cure prestate ai pazienti di età >65 anni con frattura del collo del femore. È scontato che nella pratica clinica corrente una quota variabile di pazienti non potrà essere operata entro le 48 ore perché, in presenza di comorbidità e/o complicanze cliniche, potrebbe richiedere più tempo per la stabilizzazione e, quindi, ritardare l'intervento chirurgico oltre i tempi auspicati.

Nel calcolo sono inclusi i ricoveri per acuti in regime di Ricovero Ordinario (RO), 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 età ≥65 anni, con DRG chirurgico.

A differenza dell'indicatore dell'OECD, nella nostra rilevazione il numeratore dell'indicatore è rappresentato dagli interventi eseguiti entro 2 giorni e non entro 48 ore perché le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) da cui sono stati ricavati i dati non rilevano l'informazione legata alle ore, bensì alle giornate di attesa per l'intervento.

Valore di riferimento/Benchmark. La letteratura non fornisce valori di riferimento univoci anche se esiste univoco accordo che la quasi totalità dei pazienti dovrebbe effettuare l'intervento il 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 (6). L'allegato 2 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 prevede come benchmark il valore medio registrato nelle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza (5). 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 70%).

Descrizione dei risultati

Il fenomeno viene registrato attraverso l'andamento regionale dell'indicatore nel periodo 2001-2010. In Italia (Tabella 1 e Grafico 1 e 2), la percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti

entro 2 giorni, per pazienti con età >65 anni, nel 2010 è uguale al 35,1%, contro un valore di 31,2% nel 2001.

Il valore nazionale ha registrato un lieve incremento dal 2001 al 2005, una lieve riduzione nel biennio 2006-2007 ed è tornata a crescere negli ultimi 3 anni (Tabella 1 e Grafico 1).

Nel periodo considerato solo poche regioni hanno modificato sensibilmente la loro *performance*. Il valore dell'indicatore presenta una marcata variabilità regionale che va dall'86,6% della PA di Bolzano al 16,1% della Sicilia. Le regioni che presentano valori al di sotto del dato nazionale sono il Piemonte, la PA di Trento, il Lazio e tutte le regioni meridionali. Oltre alla PA di Bolzano, altre 4 regioni hanno valori superiori al 50% (Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Marche e Toscana). Hanno valori al di sopra del dato nazionale anche la Lombardia, il Veneto, la Liguria,

l'Emilia-Romagna e l'Umbria.

Nell'ultimo anno si è registrato un aumento consistente della percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni in Valle d'Aosta, PA di Trento e Lazio, mentre una sensibile riduzione in Abruzzo.

La percentuale di interventi eseguiti entro 2 giorni dal ricovero ha registrato un sensibile aumento, nel periodo 2001-2010 (Tabella 1 e Grafico 2), in Valle d'Aosta, Liguria, Toscana e Lazio, mentre in Emilia-Romagna e Marche l'aumento è stato meno marcato.

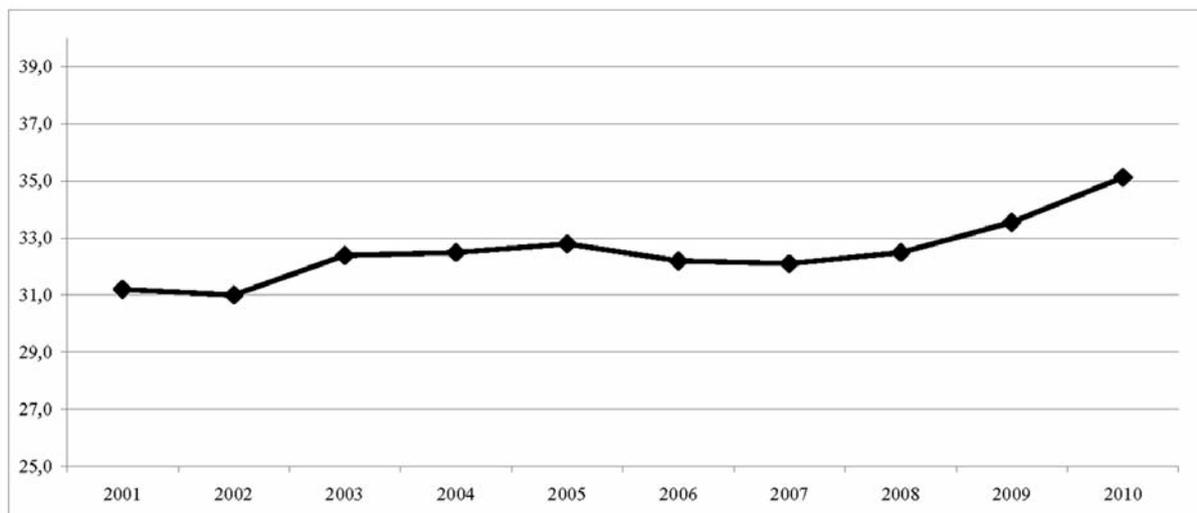
In alcune regioni (Puglia, Calabria, Campania, Abruzzo e Molise), che nel 2001 presentavano una percentuale già inferiore al valore nazionale, si è verificata nel periodo un'ulteriore sensibile riduzione.

Importanti riduzioni hanno interessato anche il Veneto e la PA di Trento che presentavano situazioni di partenza migliori o almeno superiori al dato nazionale.

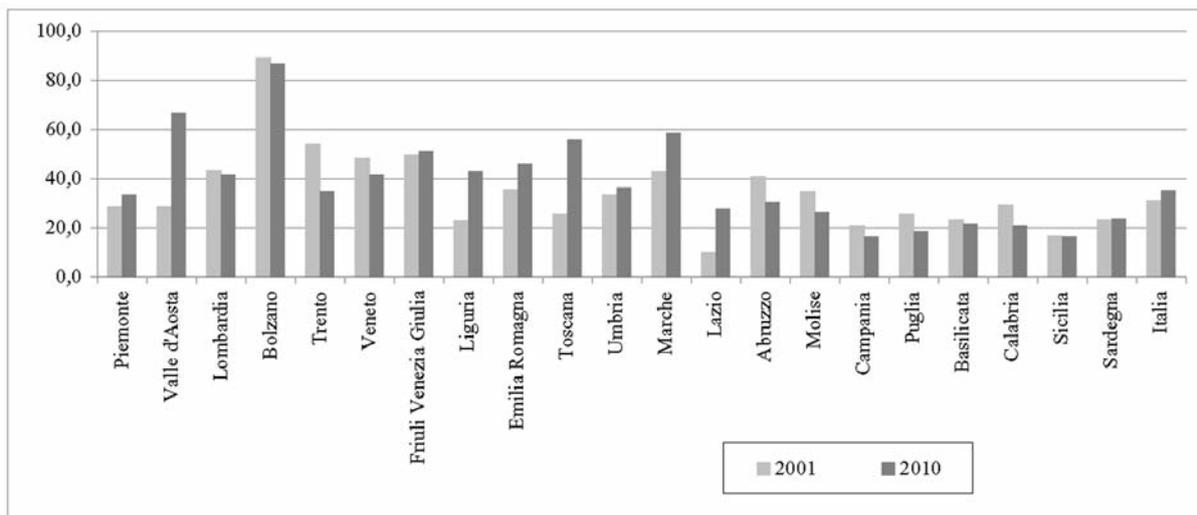
Tabella 1 - Percentuale di pazienti operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2001-2010

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Piemonte	28,5	28,1	32,1	31,3	30,2	30,7	30,4	29,3	29,0	33,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	28,3	36,4	63,2	56,9	63,4	70,9	70,6	65,4	44,6	66,7
Lombardia	43,1	43,3	43,3	45,0	43,7	40,8	41,4	41,6	41,2	41,4
Bolzano-Bozen	89,2	88,2	86,2	82,5	82,4	79,6	81,7	81,7	82,8	86,6
Trento	53,9	56,7	50,8	41,4	34,4	27,6	27,4	26,9	24,0	34,6
Veneto	48,4	43,6	48,2	48,3	45,8	42,9	41,0	39,8	41,2	41,5
Friuli Venezia Giulia	49,4	51,3	56,6	59,7	66,6	62,7	62,4	53,8	49,7	51,1
Liguria	23,0	22,8	22,1	31,2	32,0	36,2	31,4	31,4	39,3	43,0
Emilia-Romagna	35,5	35,3	36,2	36,8	41,5	41,9	42,6	42,4	45,2	46,0
Toscana	25,3	29,5	34,1	34,2	33,1	32,7	37,4	46,4	53,0	56,0
Umbria	33,1	28,7	30,0	34,8	44,9	41,7	33,0	30,9	30,6	36,1
Marche	42,8	44,4	46,3	48,1	52,9	52,0	52,5	57,2	59,4	58,6
Lazio	9,9	10,4	13,4	12,7	11,0	11,8	14,7	16,9	19,3	27,5
Abruzzo	40,8	36,9	37,9	33,8	33,6	35,8	34,8	34,9	36,8	30,3
Molise	34,8	27,0	28,1	32,5	25,7	27,2	24,3	31,8	29,7	26,2
Campania	20,6	21,9	21,5	19,9	19,7	19,5	17,9	17,0	15,8	16,3
Puglia	25,4	27,5	25,0	22,1	22,0	21,1	17,7	17,1	16,5	18,4
Basilicata	23,1	20,1	15,5	19,7	17,7	16,6	18,1	16,9	21,0	21,4
Calabria	29,0	26,5	27,1	26,2	25,8	23,6	20,6	21,7	22,8	20,6
Sicilia	16,5	17,3	16,9	17,2	17,7	19,2	18,7	17,6	17,5	16,1
Sardegna	23,2	18,6	18,8	13,7	21,4	21,7	25,6	25,5	24,4	23,5
Italia	31,2	31,0	32,4	32,5	32,8	32,2	32,1	32,5	33,6	35,1

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Grafico 1 - Percentuale di pazienti operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore - Anni 2001-2010

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Grafico 2 - Percentuale di pazienti operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2001, 2010

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati mostrano che la percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni per pazienti con età >65 anni, registra valori ancora piuttosto bassi e, purtroppo, in misura pressoché stabile nel tempo rispetto alle *performance* registrate in altri Paesi occidentali ed alle raccomandazioni presenti in letteratura.

Le possibili cause del ritardo dell'intervento per frattura del collo del femore possono essere sia cliniche che organizzative. Le cause cliniche sono legate alle condizioni del paziente, mentre quelle organizzative sono in relazione alla disponibilità di sale operatorie e di sedute 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 riguardano, pertanto, sia l'ambito clinico che quello organizzativo. Si può prevedere, come è stato già sperimentato con successo in alcune realtà italiane, la definizione e l'adozione di un percorso per il paziente fratturato (percorso ortogeriatrico) che va dal primo soccorso alla riabilitazione e che prevede un approccio integrato e coordinato tra più specialisti e professionisti (anestesista, internista, chirurgo, fisiatra, infermiere e fisioterapista).

Riferimenti bibliografici

- (1) Acute management and immediate rehabilitation after hip fracture amongst people aged 65 years and over. Wellington, NZ: New Zealand Guidelines Group, June 2003.
- (2) Management of hip fracture in older people. A National clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guideline Network. June 2009.
- (3) 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.
- (4) Health Care Quality Indicators, OECD. Disponibile sul sito:
http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_S TAT.
- (5) 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.
- (6) 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.

Utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inapproprietezza

Significato. L'indicatore descrive l'entità di utilizzo del Day Hospital (DH) nella popolazione residente rispetto al Ricovero Ordinario (RO) per i DRG medici definiti "ad alto rischio di inapproprietezza" se erogati in regime di degenza ordinaria. L'elenco aggiornato di tali DRG è contenuto nell'allegato B del Patto per la Salute 2010-2012 (1), approvato il 3 dicembre 2009, ed è il risultato di un ampliamento della lista dei 43 DRG medici e chirurgici indicati nell'allegato B del DPCM 29 novembre 2001. Il Patto per la Salute presenta anche una lista di 24 prestazioni ad alto rischio di inapproprietezza se erogate in regime di Day Surgery e, quindi, da trasferire in regime ambulatoriale.

Il fenomeno esaminato consente di monitorare genericamente la capacità delle regioni di recepire le indicazioni poste dalla programmazione del livello nazionale in ordine al trasferimento in DH, ovvero in regime ambulatoriale, dei DRG medici in esame, ma anche, ed in modo più specifico, il raggiungimento dei valori soglia delle percentuali di DH eventualmente fissa-

ti in autonomia dalle singole regioni rispetto a tale obiettivo.

È importante sottolineare che la percentuale di ricoveri in DH, se analizzata isolatamente, non è espressione di appropriatezza e non consente di valutare compiutamente il fenomeno dei ricoveri medici impropri poiché influenzata da due variabili molto importanti: il tasso di dimissioni ospedaliere ed i volumi di prestazioni alternative effettuate in regime ambulatoriale e di Day Service (DS). In assenza di dati attendibili ed uniformi sul territorio nazionale riguardo i volumi di attività ambulatoriale, la relazione tra la percentuale di DH ed il tasso di dimissione standardizzato per età (TSD) per i DRG in esame può fornire sia una misura indiretta dell'accessibilità e dell'utilizzo dei servizi ambulatoriali distrettuali in funzione della complessiva riduzione dei ricoveri considerati, sia consentire una valutazione della reale efficacia delle azioni adottate dalle regioni per migliorare l'appropriatezza organizzativa ed il corretto utilizzo del DH per tali DRG.

Percentuale di ricoveri in Day Hospital per i DRG medici a rischio di inapproprietezza

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere in Day Hospital}^*}{\text{Dimissioni ospedaliere in regime di Ricovero Ordinario ed in Day Hospital}^*} \times 100$$

Tasso di dimissioni ospedaliere per i DRG medici a rischio di inapproprietezza**

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (modalità ordinaria + Day Hospital)}^*}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

*Per i DRG medici considerati.

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

Validità e limiti. L'indicatore presentato in questa sezione è confrontabile solo con quello presentato nel Rapporto Osservasalute 2011. Negli anni precedenti questo indicatore è stato trattato utilizzando la lista dei 26 DRG medici "potenzialmente inappropriati" contenuti nel DPCM del 2001. Il 2010 è il primo anno in cui è stato possibile analizzare gli effetti del Patto per la Salute 2010-2012 (emanato sul finire del 2009), mentre i dati presentati precedentemente rappresentano una fotografia della situazione esistente prima del recepimento delle nuove indicazioni. Occorre anche considerare che la percentuale di ricoveri in DH per i DRG in esame può essere calcolata sui dimessi per regione di ricovero o sui dimessi per regione di residenza. Il calcolo per regione di ricovero valuta il comportamento dei produttori, ma non consente di effettuare corrette correlazioni con il tasso di ospedalizzazione

dei DRG presi in esame. Per effettuare questa importante correlazione verranno presentati i dati relativi alla percentuale di utilizzo del DH per tutti i DRG medici a rischio di inapproprietezza calcolati sui dimessi per regione di residenza relativamente al 2010. Una verifica effettuata negli anni precedenti sui dati complessivi ha permesso, infatti, di rilevare che le differenze esistenti tra le due modalità di analisi non sono sostanziali. Nell'interpretazione dei risultati occorre, tuttavia, tenere presente che il dato calcolato sui dimessi per regione di residenza comprende anche una quota più o meno elevata di pazienti trattati, a causa della mobilità passiva, presso strutture di altre regioni che potrebbero avere prassi e regole di accesso ai servizi difformi rispetto alla regione di residenza del paziente.

Come già anticipato, oltre ad illustrare la percentuale

di utilizzo del DH del 2010 per i DRG medici “potenzialmente inappropriati”, sarà illustrato anche il confronto tra la percentuale di utilizzo del DH ed il tasso di ospedalizzazione complessivo rilevato nelle singole regioni per i DRG medici in esame. La percentuale di ricovero in DH consente di valutare il grado di appropriatezza del *setting* assistenziale, mentre il confronto con i rispettivi TSD ed in grado di rendere evidente un eventuale eccesso di ospedalizzazione in presenza del quale anche una elevata percentuale di utilizzo del DH perderebbe significato riguardo l’obiettivo di fondo, posto dalle indicazioni normative, di contrastare il fenomeno dell’ospedalizzazione non appropriata, soprattutto attraverso il potenziamento delle attività ambulatoriali e/o di DS.

Valore di riferimento/Benchmark. L’allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 prevede per questo indicatore uno standard pari al valore medio delle regioni che garantiscano l’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza. In coerenza con la normativa di riferimento, ma tenendo conto delle osservazioni di cui si è fatto cenno nel precedente paragrafo, riteniamo che un’elevata percentuale di DH debba rappresentare l’obiettivo a cui tendere, ma solo in presenza di un basso TSD per il complesso dei DRG medici oggetto di analisi. In ragione dell’interdipendenza dei due parametri si ipotizza, pertanto, un valore di riferimento ottimale caratterizzato da una percentuale di DH superiore e da un TSD inferiore ai rispettivi valori nazionali.

Descrizione dei risultati

La percentuale di ricoveri in DH per i DRG medici a rischio di inappropriatezza, per l’anno 2010, è del 48,1% a livello nazionale. Si registra, quindi, un valore in lieve aumento rispetto al 2009 (47,2%). La percentuale presenta una forte variabilità a livello regionale, con valori estremi compresi tra il 65,0% della Liguria ed il 32,1% della PA di Bolzano (Tabella 1 e Grafico 1).

A differenza di altri indicatori di appropriatezza dell’assistenza ospedaliera, le differenze rilevate per questo singolo indicatore non presentano un evidente trend geografico tra Nord e Sud. Infatti, sebbene ci si dovrebbe aspettare che le regioni più attente nel perseguire l’obiettivo dell’appropriatezza dei ricoveri, tradizionalmente quelle del Centro-Nord, presentano elevati valori di utilizzo del DH, l’aumentato utilizzo del settore ambulatoriale ed una estesa attivazione dei DS da parte di alcune di queste regioni determina quadri di utilizzo dei diversi *setting* molto differenziati.

Le regioni che presentano una percentuale superiore al dato nazionale sono complessivamente 8, di cui 3 settentrionali (Piemonte, Valle d’Aosta e Liguria), 2 del Centro (Toscana e Lazio) e 3 meridionali

(Campania, Basilicata e Sicilia).

L’esame del TSD per i DRG medici considerati consente di aggiungere ulteriori elementi di analisi e d’interpretare in maniera più compiuta il fenomeno. In particolare, è opportuno puntualizzare che, per un’ottimale gestione del fenomeno dei ricoveri inappropriati, il trasferimento in DH di una quota di RO a rischio di inappropriatezza dovrebbe essere attuato in un contesto in cui anche il TSD complessivo (in RO e DH) per questi DRG risulta non particolarmente elevato, ovvero inferiore alla media, in funzione del ricorso a forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero.

A tale riguardo, l’analisi della Tabella 2 mostra che, a livello nazionale, il TSD del 2010 per i DRG medici a rischio di inappropriatezza risulta pari a 34,4 ricoveri per 1.000 abitanti (18,4 per 1.000 in RO e 16,0 in DH), con un *range* di valori molto ampio compreso tra il 19,5 (per 1.000) del Veneto ed il 57,6 (per 1.000) della Campania. In questo caso, la rilevante variabilità regionale è caratterizzata da un marcato gradiente geografico in quanto, ad eccezione del Lazio, della Liguria e della PA di Bolzano, le regioni del Centro e del Nord presentano TSD per i DRG in esame inferiori a quello nazionale, mentre tutte le regioni meridionali ed insulari mostrano una distribuzione di segno opposto, con le uniche eccezioni della Basilicata per le ospedalizzazioni in RO e della Puglia e dell’Abruzzo per il DH.

Un ulteriore contributo alla valutazione del fenomeno ed alla corretta comprensione della situazione esistente nelle diverse realtà regionali viene fornito dall’analisi congiunta e dal confronto dei due indicatori analizzati singolarmente in precedenza.

Considerando come valori di riferimento il valore mediano della percentuale di ricoveri effettuata in DH e dei TSD ospedalieri per i DRG medici a rischio di inappropriatezza, è possibile riportare su un grafico a quattro quadranti i valori degli indicatori rilevati nelle diverse realtà regionali. Il grafico fornisce quattro diverse rappresentazioni che riassumono con efficacia la situazione, i risultati conseguiti ed i possibili obiettivi di programmazione nelle varie realtà regionali (Grafico 2):

1. le regioni che associano un TSD superiore ed una percentuale di utilizzo del DH inferiore alla mediana. Queste regioni esprimono situazioni in controtendenza rispetto alle indicazioni normative. Un utilizzo improprio ed ampio del regime di RO dovrebbe, innanzitutto, essere contrastato con un migliore utilizzo del DH, ma, per ridurre l’eccesso di ospedalizzazione, dovrebbero essere parallelamente avviate azioni dirette a contenere la domanda di ricovero attraverso il potenziamento dei servizi diagnostici ed assistenziali distrettuali. In questa situazione si trovano 6 regioni (PA di Bolzano, Abruzzo, Molise, Puglia, Sardegna e Calabria);

2. le 5 regioni che si posizionano nell'area caratterizzata da TSD e percentuale di utilizzo del DH superiori rispetto alla mediana esprimono un sovrautilizzo delle strutture di ricovero, soprattutto diurno, che potrebbe denotare una scarsa offerta e/o accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali. Lazio, Liguria, Campania, Basilicata e Sicilia registrano un andamento in tal senso che dovrebbe indurre a porre particolare attenzione, oltre che alla riduzione della domanda di ricovero, all'effettiva utilità ed appropriatezza d'uso del DH;

3. l'area caratterizzata da TSD inferiori e percentuale di utilizzo del DH superiore ai rispettivi valori mediani rappresenta una situazione teoricamente ottimale rispetto alle indicazioni normative. Si collocano in questa posizione, che esprime un ricorso minimo al RO per il set dei DRG medici a rischio di inappropriatezza ed un ampio utilizzo del DH e dei servizi extradegenza, il Piemonte, la Valle d'Aosta e la Toscana;

4. le regioni che presentano un TSD ed una percentuale di DH inferiore alla mediana dimostrano come sia possibile adottare efficaci politiche di contrasto del fenomeno dell'inappropriatezza dei ricoveri contrastando anche un inappropriato ed eccessivo utilizzo

del DH. Le azioni intraprese in queste regioni (PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Umbria, Marche) hanno, probabilmente, interessato oltre che il settore ospedaliero anche l'individuazione di percorsi diagnostici terapeutici extradegenza e l'attivazione di modelli organizzativi alternativi al DH come, ad esempio, l'attivazione di DS e/o la definizione di pacchetti di prestazioni ambulatoriali. È evidente che in queste realtà l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione per i DRG medici a rischio di inappropriatezza è stata giocata sia sul fronte del RO che del DH, facendo leva sul livello di offerta, su migliori *performance* e sull'accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali e distrettuali.

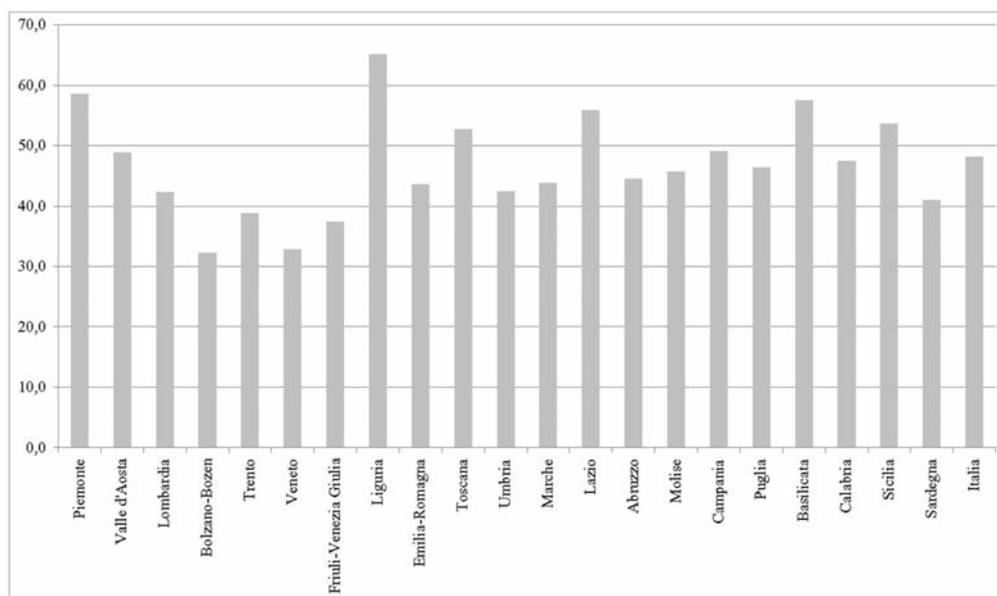
Purtroppo, le lacune informative ancora esistenti riguardo alla rilevazione delle attività ambulatoriali, costituiscono un limite per un'oggettiva ed esaustiva valutazione delle azioni rivolte in questa direzione.

In conclusione, il Grafico 2 mostra la presenza di un trend geografico, con buona parte delle regioni del Nord e del Centro collocate nei due quadranti inferiori, mentre tutte le regioni meridionali, insieme alla PA di Bolzano, la Liguria ed il Lazio, collocate nei due quadranti superiori.

Tabella 1 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inappropriatezza per regione - Anno 2010

Regioni	%
Piemonte	58,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	48,8
Lombardia	42,2
Bolzano-Bozen	32,1
Trento	38,8
Veneto	32,8
Friuli Venezia Giulia	37,4
Liguria	65,0
Emilia-Romagna	43,6
Toscana	52,7
Umbria	42,4
Marche	43,7
Lazio	55,9
Abruzzo	44,5
Molise	45,7
Campania	49,1
Puglia	46,4
Basilicata	57,4
Calabria	47,4
Sicilia	53,6
Sardegna	40,9
Italia	48,1

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Grafico 1 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inappropriately per regione - Anno 2010

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

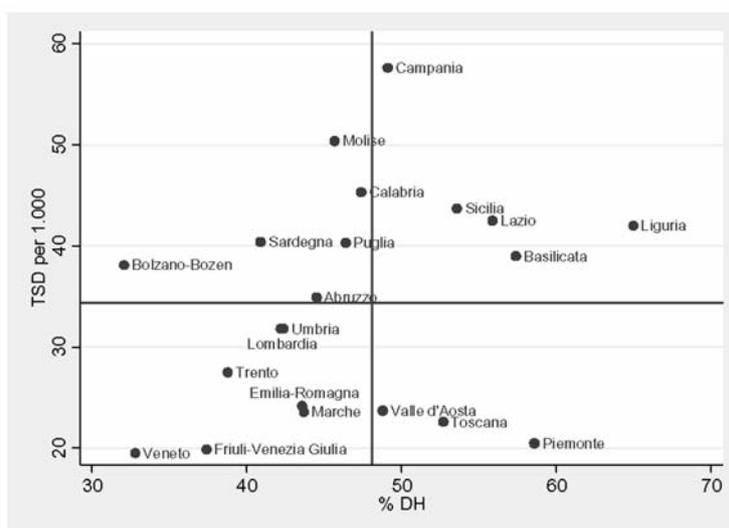
Tabella 2 - Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per DRG medici a rischio di inappropriately per regime di ricovero e regione - Anno 2010

Regioni	RO	DH	Totale
Piemonte	9,0	11,5	20,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	12,3	11,4	23,7
Lombardia	18,0	13,8	31,8
Bolzano-Bozen	25,6	12,5	38,1
Trento	17,0	10,5	27,5
Veneto	13,3	6,2	19,5
Friuli Venezia Giulia	12,1	7,7	19,9
Liguria	14,7	27,3	42,0
Emilia-Romagna	13,9	10,3	24,2
Toscana	11,0	11,5	22,6
Umbria	17,7	14,0	31,8
Marche	13,4	10,1	23,6
Lazio	19,2	23,3	42,5
Abruzzo	21,1	13,8	34,9
Molise	27,1	23,3	50,4
Campania	30,2	27,4	57,6
Puglia	27,8	12,5	40,3
Basilicata	17,8	21,2	39,0
Calabria	25,4	19,9	45,3
Sicilia	19,6	24,1	43,7
Sardegna	23,7	16,6	40,4
Italia	18,4	16,0	34,4

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2012.

Grafico 2 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital e tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per i DRG medici a rischio di inappropriatezza per regione - Anno 2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

Dopo l'emanazione del DPCM del 29 novembre 2001, tutte le regioni hanno messo in campo azioni per migliorare l'appropriatezza d'uso delle strutture di ricovero definendo obiettivi coerenti con le indicazioni normative del livello centrale ed, allo stesso tempo, compatibili con il proprio contesto organizzativo di riferimento. Quasi tutte le regioni hanno definito i valori soglia di ammissibilità dei RO per i 26 DRG medici che l'allegato 2C considerava "ad alto rischio di inappropriatezza", in alcuni casi estendendo il campo dei DRG monitorati.

Le politiche attuate hanno permesso di conseguire un generale miglioramento dell'appropriatezza d'uso delle strutture di ricovero, sebbene con notevoli differenze tra il Nord ed il Sud (Rapporto Osservasalute 2010). I nuovi obiettivi posti dal Patto per la Salute 2010-2012, che ha ampliato sensibilmente il set dei DRG "potenzialmente inappropriati" se erogati in regime di RO, impongono di promuovere ulteriori strategie d'intervento ed azioni in grado sia di estendere i risultati conseguiti al nuovo set di DRG individuati, sia di superare le inerzie registrate in alcune aree del Paese.

Gli interventi da attuare sono riconducibili ad alcune fondamentali categorie: gli abbattimenti tariffari dei DRG in elenco, l'adozione di cogenti sistemi di controllo esterno, la ridefinizione da parte delle singole regioni delle soglie di ammissibilità in RO e l'eventuale disincentivazione economica degli erogatori in caso di superamento delle stesse, il potenziamento dei servizi del livello distrettuale, la definizione e lo sviluppo di percorsi per trasferire attività e prestazioni specialistiche complesse tipiche dei DRG considerati in un contesto di extradegenza ospedaliera

(ambulatorio e DS). A tale riguardo, lo stesso dispositivo del Patto per la Salute stabilisce che "...nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le Regioni e le Province Autonome provvedono a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari ed adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale...".

Occorre, peraltro, continuare a promuovere azioni mirate alla generale riduzione dei ricoveri ospedalieri agendo sia sul fronte della regolazione della domanda che sulla struttura dell'offerta. Le regioni che hanno agito in tal senso, e che oggi registrano TSD molto bassi, hanno aperto un nuovo fronte che pone al centro dei percorsi diagnostici e terapeutici anche la scelta del setting clinico-assistenziale più appropriato in relazione alla complessità delle prestazioni da erogare.

Tali evidenze ed il quadro emerso dall'analisi della odierna situazione suggeriscono l'utilità di rimodulare le ipotesi di analisi e di programmazione. In termini di analisi, oltre ai parametri studiati, per rendere più robuste le valutazioni a livello delle singole regioni, sarebbe opportuno, ad esempio, considerare anche il tasso di dimissione al netto dei ricoveri di 1 giorno in RO, valutare meglio la natura di tali accessi, per lo più diagnostici, ed avviare, anche solo localmente, rilevazioni omogenee sulle quantità e sulle tipologie di prestazioni specialistiche ambulatoriali che hanno dimostrato di avere un impatto positivo sul fronte dell'appropriatezza dei ricoveri. In termini di programmazione, occorre che sia concretamente recepita e perseguita l'indicazione della Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che abbassa a 180 per 1.000 abitanti il tasso di ospedalizzazione generale, e che siano

applicate nel loro complesso tutte le linee di programmazione sull'appropriatezza dell'ospedalizzazione stabilite nel Patto per la Salute 2010-2012.

Riferimenti bibliografici

(1) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le PA di Trento e Bolzano. Allegato B del Patto per la Salute 2010-2012. Provvedimento del 3 Dicembre 2009. Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010.

Ospedalizzazione con DRG medici da reparti chirurgici

Significato. L'indicatore, già previsto come indicatore di appropriatezza dal DM 12 dicembre 2001 e ripreso dal Patto per la Salute 2010-2012 (1), misura la quota di pazienti ricoverati e dimessi da un reparto

chirurgico ospedaliero in cui si eseguono procedure diagnostiche e terapeutiche che non esitano in un intervento operatorio.

Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore Dimissioni ospedaliere da reparti chirurgici con DRG medici
 Denominatore Dimissioni ospedaliere da reparti chirurgici

Validità e limiti. In associazione ad altri indicatori dell'assistenza ospedaliera (tasso di ospedalizzazione, tasso di utilizzo delle strutture etc.), l'indicatore consente di misurare l'appropriato utilizzo dei reparti chirurgici ed è in grado di fornire indicazioni utili per valutare la corretta programmazione dell'offerta ospedaliera, in termini sia di corretto dimensionamento delle Unità Operative (UO) di degenza afferenti alle aree delle discipline mediche e chirurgiche, sia di adeguata definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici, intra ed extraospedalieri.

Una quota di pazienti dimessi da reparti chirurgici con DRG medici è fisiologica e non del tutto eliminabile in quanto, anche a seguito di un corretto percorso assistenziale e di un idoneo inquadramento diagnostico, le possibili evoluzioni delle condizioni cliniche di alcuni pazienti potrebbero rendere non più necessario un intervento chirurgico precedentemente previsto.

Pertanto, se l'indicatore è analizzato da solo, su singole UO chirurgiche e senza adeguata analisi del contesto clinico assistenziale, la valutazione e l'interpretazione dovrebbero richiedere opportune cautele.

Al contrario, l'indicatore è sufficientemente robusto quando si confrontano reparti della medesima disciplina inseriti in contesti ospedalieri omogenei per *mission* e dimensionamento. Nel nostro caso, il confronto su base regionale consente di avere un quadro abbastanza preciso circa l'appropriato utilizzo dell'insieme dei reparti chirurgici anche se, per una corretta interpretazione dei risultati, occorre comunque tenere conto delle diverse variabili che possono condizionare il dato.

Tra queste si devono considerare particolari situazioni organizzative, come nel caso di ospedali di piccole dimensioni in cui le attività dei Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione (DEA) non sono ancora del tutto strutturate, le situazioni in cui non sono attivate le funzioni di Triage e le Unità di Osservazione Breve nei Pronto Soccorso (PS), ovvero non sono stati definiti adeguati Percorsi Diagnostico Terapeutici per alcune patologie *borderline* tra competenze di tipo internistico e chirurgico (ad esempio colica renale,

dolore addominale etc). In questi casi, le UO chirurgiche sono spesso obbligate a farsi carico direttamente, anche in regime di degenza ordinaria, dell'*iter* diagnostico di molteplici quadri patologici che non esiteranno in una terapia chirurgica.

Valore di riferimento/Benchmark. L'allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 prevede come benchmark il valore medio registrato nelle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza. In questa sede riteniamo che il valore medio delle 3 regioni con migliore *performance* (quindi intorno al 25%) possa fornire una misura concreta dei risultati che è possibile conseguire agendo sulla programmazione della struttura dell'offerta e su modelli organizzativi delle attività ospedaliere più efficienti ed attenti all'appropriato utilizzo delle risorse.

Descrizione dei risultati

La Tabella 1 ed il Grafico 1 mostrano che la proporzione nazionale di dimissioni da reparti chirurgici con un DRG medico nell'anno 2010 è del 33,3%. Dal 2006, il valore nazionale ha subito una lieve e costante riduzione (37,0% nel 2006). Dal confronto 2006 e 2010 (Tabella 1 e Grafico 1), emerge che 17 regioni su 21 hanno diminuito il valore dell'indicatore. Tra queste, in modo più consistente, la Toscana, l'Umbria, la Sicilia, il Piemonte, l'Abruzzo, la Campania e la Puglia, mentre Lombardia e PA di Trento hanno una percentuale identica a quella del 2006 e Valle d'Aosta e Calabria presentano un incremento.

Il dato del 2010, come peraltro quelli relativi agli anni precedenti, presenta una elevata variabilità regionale ed un evidente gradiente tra le regioni settentrionali e meridionali, con alcune eccezioni. Presentano valori al di sotto del dato nazionale tutte le regioni del Centro e del Nord, ad eccezione delle PA di Bolzano e Trento, della Valle d'Aosta e del Lazio. Tutte le regioni del Sud e le Isole presentano valori al di sopra di quello nazionale. Le regioni con le percentuali più basse sono

il Piemonte, che registra il valore minimo (24,7%), l'Emilia-Romagna (25,5%), le Marche (25,9%) e la Toscana (26,9%). Le regioni dove si registrano i valori più alti sono, oltre alla Calabria che segna il valore massimo (48,3%), la PA di Trento (43,4%), la PA di Bolzano (42,4%) ed il Molise (42,3%).

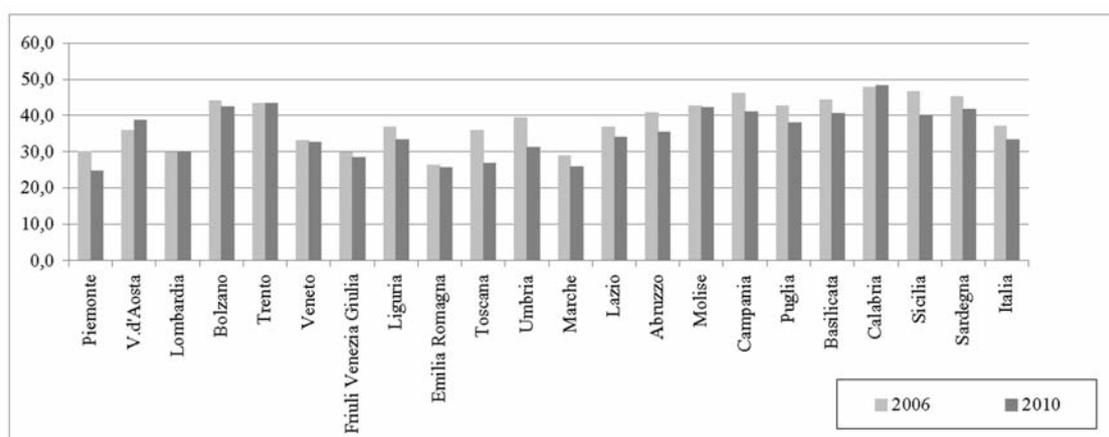
I dati del 2010 mostrano che Calabria, Sicilia e Campania, regioni che tuttora presentano un valore percentuale comunque elevato, hanno avuto, nell'ultimo anno, una consistente riduzione della percentuale di dimessi con DRG medici da reparti chirurgici (Tabella 1).

Tabella 1 - Percentuale di dimissioni con DRG medici da reparti chirurgici per regione - Anni 2006-2010

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010
Piemonte	30,1	29,5	29,0	24,5	24,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	35,9	37,4	38,7	37,7	38,7
Lombardia	29,8	30,0	29,8	29,2	29,8
Bolzano-Bozen	44,1	45,0	43,7	42,3	42,4
Trento	43,4	41,2	41,9	41,5	43,4
Veneto	33,1	33,0	33,4	32,5	32,7
Friuli Venezia Giulia	29,7	29,3	29,2	28,3	28,4
Liguria	36,8	35,5	35,1	34,1	33,2
Emilia-Romagna	26,4	26,2	25,9	26,2	25,5
Toscana	35,8	35,4	34,2	28,2	26,9
Umbria	39,4	38,5	36,9	31,6	31,3
Marche	28,9	28,0	27,2	26,7	25,9
Lazio	36,8	37,4	36,5	35,1	34,0
Abruzzo	40,7	38,0	38,0	35,8	35,4
Molise	42,6	43,1	42,8	43,6	42,3
Campania	46,1	45,3	45,0	43,6	41,1
Puglia	42,7	40,9	39,9	38,9	38,0
Basilicata	44,3	42,8	43,1	40,6	40,5
Calabria	47,7	47,1	48,1	51,4	48,3
Sicilia	46,7	44,8	43,0	42,8	39,9
Sardegna	45,1	43,3	42,7	41,7	41,8
Italia	37,0	36,3	35,7	34,1	33,3

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Grafico 1 - Percentuale di dimissioni con DRG medici da reparti chirurgici per regione - Anni 2006, 2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante una quota di dimissioni da reparti chirurgici con un DRG medico sia da considerare fisiologica a causa dei possibili cambiamenti delle condizioni cliniche durante la degenza, l'estrema variabilità regionale dell'indicatore suggerisce che diversi interventi possono essere messi in atto per ridurre questo fenomeno, in particolare nelle regioni in cui il dato percentuale regi-

strato è più elevato, così come la sua marcata riduzione nella maggior parte delle realtà regionali conferma che tali interventi sono risultati, ove applicati, efficaci. Il ricovero di pazienti che richiedono un intervento chirurgico in reparti ospedalieri predisposti ed attrezzati per assicurare assistenza pre e post-operatoria, non solo può tradursi in una maggiore efficienza nella gestione dei casi perché consente un razionale ed omo-

geneo utilizzo delle risorse, ma, soprattutto, può determinare benefici di tipo clinico-assistenziali per il paziente, aumentando la coerenza e la rispondenza dell'offerta ai bisogni del malato. Gli interventi da porre in atto per migliorare la situazione rilevata devono essere orientati verso un migliore dimensionamento dei reparti chirurgici, all'individuazione di aree di degenza omogenee organizzate per intensità di cure, al potenziamento dei DEA, alla qualificazione del Triage clinico ed all'istituzione di Unità di Osservazione Breve nei PS. Inoltre, non devono essere trascurate le

azioni volte alla definizione di percorsi diagnostico-terapeutici che dovrebbero prevedere, sia per i ricoveri in urgenza che per quelli in elezione, l'ammissione in un reparto chirurgico solo dei pazienti con una precisa indicazione all'intervento.

Riferimenti bibliografici

(1) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le PA di Trento e Bolzano. Allegato 3 del Patto per la Salute 2010-2012. Provvedimento del 3 Dicembre 2009. Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010.

Ospedalizzazione nella popolazione anziana

Significato. L'età del paziente rappresenta un fattore demografico estremamente significativo quando si analizza il ricorso alle prestazioni sanitarie. Il bisogno di salute varia in relazione all'età e, quindi, anche l'entità della domanda di prestazioni sanitarie ospedaliere. In particolare, la tipologia di assistenza ospedaliere erogata (acuzie, riabilitazione o lungodegenza) risente fortemente delle caratteristiche demografiche della popolazione oltre che dell'organizzazione territoriale dei servizi. Questi, infatti, possono assolvere ad una funzione di filtro della domanda di

assistenza della popolazione anziana, caratterizzata prevalentemente da bisogni relativi a patologie croniche che dovrebbero essere, in modo appropriato, di pertinenza territoriale.

I tassi di ospedalizzazione, calcolati a livello regionale per la classe di età di pazienti con età >64 anni e per regime di ricovero, consentono di evidenziare il fenomeno ed eventuali differenze geografiche nell'orizzonte temporale 2002-2012 (vengono riportati anche i dati relativi al 2007).

Tasso di dimissioni ospedaliere nella popolazione anziana

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere nella popolazione di 65 anni ed oltre}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

Validità e limiti. Le Schede di Dimissione Ospedaliere (SDO), considerate nel calcolo dell'indicatore, sono relative alle dimissioni effettuate in regime di ricovero ordinario e diurno, dagli istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale. 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.

È opportuno precisare che nella banca dati possono essere presenti più SDO da attribuire ad un medesimo paziente e allo stesso episodio di ricovero: infatti, se ad esempio un paziente viene trasferito, all'interno di uno stesso istituto, da un reparto per acuti ad uno di riabilitazione o da una modalità di ricovero ad un'altra (da regime diurno a quello ordinario e viceversa), devono essere compilate due distinte SDO, una per ciascuna tipologia di attività erogata o regime di ricovero.

L'indicatore include, inoltre, i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto relativi a differenti episodi di ricovero avuti nel corso dell'anno.

Qualche cautela va prestata nei confronti dei tassi regionali di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital (DH): si rilevano, infatti, alcune diversità, da una regione all'altra, nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi all'ospedalizzazione in regime diurno. Le diversità rilevate possono anche essere dovute ad una diversa modalità di impiego delle strutture ambulatoriali.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per il tasso di dimissioni ospedaliere specifico per classi di età. Il confronto dei tassi specifici regionali con quello nazionale consente di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero di pazienti di 65 anni ed oltre.

Descrizione dei risultati

Nel 2012 il tasso grezzo di dimissioni ospedaliere a livello nazionale è 264,6 per 1.000 in regime ordinario e 61,3 per 1.000 in regime di ricovero diurno. Il tasso di ospedalizzazione complessivo varia, a livello regionale, dal valore massimo presente nella PA di Bolzano (415,9 per 1.000) al valore minimo della Toscana (286,1 per 1.000). Sono 9 le regioni che presentano valori al di sotto del dato nazionale. Il tasso relativo al regime di Ricovero Ordinario (RO) varia dal 352,2 (per 1.000) della PA di Bolzano al 242,7 (per 1.000) del Piemonte, mentre per il DH il valore più elevato riguarda la Campania (116,6 per 1.000) ed il più basso la Lombardia (28,9 per 1.000), nettamente inferiore al dato nazionale (61,3 per 1.000).

L'analisi del trend mette in evidenza una costante riduzione dei tassi di ospedalizzazione. Per il tasso complessivo la riduzione è del 26,3% nel 2012 rispetto al 2002 e del 16,8% rispetto al 2007. Per la modalità di ricovero in RO la riduzione è del 23,3% rispetto al 2002 e dell'11,1% rispetto al 2007. Infine, per la modalità di ricovero in DH la riduzione del tasso di ospedalizzazione è del 36,8% rispetto al 2002 e del 34,6% rispetto al 2007.

Tabella 1 - Tasso grezzo (per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, di pazienti di età 64 anni ed oltre per regime di ricovero e regione - Anni 2002, 2007, 2012

Regioni	2002			2007			2012		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	256,7	98,6	355,3	239,0	113,7	352,6	242,7	61,7	304,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	287,9	118,0	405,9	288,2	104,9	393,1	290,2	112,3	402,5
Lombardia	351,0	111,7	462,8	300,5	77,3	377,8	275,0	28,9	303,9
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>470,4</i>	<i>53,4</i>	<i>523,8</i>	<i>395,9</i>	<i>106,0</i>	<i>501,9</i>	<i>352,2</i>	<i>63,7</i>	<i>415,9</i>
<i>Trento</i>	<i>354,7</i>	<i>85,3</i>	<i>440,0</i>	<i>311,6</i>	<i>106,3</i>	<i>417,9</i>	<i>286,1</i>	<i>112,4</i>	<i>398,5</i>
Veneto	337,3	114,7	452,0	287,6	73,3	360,9	248,9	46,5	295,4
Friuli Venezia Giulia	311,3	63,6	374,9	281,3	46,9	328,1	265,9	50,6	316,5
Liguria	300,9	126,1	426,9	264,9	120,1	385,0	250,5	86,7	337,2
Emilia-Romagna	320,1	107,7	427,8	300,6	67,0	367,7	287,8	57,1	344,9
Toscana	299,3	87,2	386,6	251,2	65,1	316,3	244,2	41,8	286,1
Umbria	284,4	111,3	395,8	258,2	85,1	343,3	264,7	41,4	306,1
Marche	329,9	86,2	416,1	288,1	96,4	384,5	260,6	54,6	315,2
Lazio	357,3	104,5	461,8	305,9	84,6	390,5	261,8	73,3	335,1
Abruzzo	455,2	84,9	540,1	350,1	99,0	449,1	269,9	65,5	335,5
Molise	389,4	40,1	429,5	354,5	98,0	452,4	263,8	94,9	358,7
Campania	368,8	74,3	443,1	333,0	114,2	447,2	272,1	116,6	388,7
Puglia	411,7	59,8	471,6	365,4	97,3	462,7	289,8	67,7	357,5
Basilicata	357,1	89,8	446,9	280,7	116,4	397,1	254,3	60,6	314,8
Calabria	409,0	73,1	482,1	325,1	98,2	423,3	252,7	62,2	314,9
Sicilia	379,5	108,9	488,4	299,6	158,5	458,1	252,6	74,5	327,1
Sardegna	393,1	100,0	493,1	307,4	106,1	413,5	264,3	77,6	341,9
Italia	345,2	97,0	442,3	297,8	93,7	391,5	264,6	61,3	325,9

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anni 2002, 2007 e 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

Alla generale riduzione del tasso di dimissioni ospedaliere per pazienti di 65 anni ed oltre dovrebbe corrispondere l'attivazione di strutture territoriali, residenziali o semiresidenziali, in grado di far fronte alla domanda di assistenza sanitaria relativa a questa

fascia di popolazione.

Maggiore attenzione delle regioni all'attivazione ed al funzionamento dei servizi territoriali, di carattere socio-assistenziale, permetterebbe di ridurre ulteriormente il ricorso all'ospedalizzazione per la popolazione *over* 64 anni.

Indice di Case-Mix e Indice Comparativo di Performance

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.

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 e l'efficacia (interventi efficaci prevenendo ricorsi a ricoveri successivi ovvero evitabili) 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 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.

Si evidenzia che i pesi per ciascun DRG costituiscono il sistema di pesi relativi per la 24^a versione del sistema DRG, indicato con il DM del 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.

Indice di Case-Mix

Numeratore	Peso medio del ricovero
Denominatore	Peso medio dello standard di riferimento

Pertanto, con riferimento ad una generica regione "R", il peso medio dei ricoveri avuti in questa regione viene calcolato nel seguente modo:

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

dove p_i rappresenta il peso relativo dell' i -esimo DRG, mentre $dim_{i,R}$ indica il numero di dimissioni per acuti in regime ordinario per l' i -esimo DRG nella regione "R".

Indice Comparativo di Performance

Numeratore	Degenza media standardizzata per <i>case-mix</i>
Denominatore	Degenza media dello standard di riferimento

Sempre con riferimento ad una generica regione "R", la degenza media standardizzata per *case-mix* viene calcolata nel modo seguente:

$$dm_std_R = \frac{\sum_{i \in DRG} \frac{gg_deg_{i,R}}{dim_{i,R}} \cdot dim_{i,N}}{\sum_{i \in DRG} dim_{i,N}}$$

dove $gg_deg_{i,R}$ e $dim_{i,R}$ indicano, rispettivamente, il numero di giornate di degenza ed il numero di dimissioni da reparti per acuti in regime di ricovero ordinario per l'*i*-esimo DRG nella generica regione R e $dim_{i,N}$ rappresenta il numero di dimissioni per l'*i*-esimo DRG della casistica standard, ossia quella osservata a livello nazionale.

Validità e limiti. Per un'analisi non distorta sulla complessità ed efficienza delle prestazioni erogate in regime di ricovero si è ritenuto di limitare l'attenzione alle dimissioni da reparti per acuti con regime di Ricovero Ordinario, da strutture pubbliche e private accreditate. Inoltre, per rendere più corretto il confronto sulla complessità dei ricoveri e sull'efficienza nelle prestazioni erogate, si è proceduto ad una ripartizione dei singoli ospedalieri in base alla numerosità dei loro posti letto per degenze ordinarie, in dotazione dei singoli reparti per acuti. Sono state, pertanto, individuate tre classi di ospedali: quelli con una dotazione fino a 120 posti letto, una seconda classe con una dotazione di posti letto compresa tra 121-400 ed, infine, quelli con oltre 400 posti letto. In tal modo, i valori standard di riferimento sono anch'essi distinti in base alla numerosità della dotazione dei posti letto.

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 soddisfacimento dei bisogni dei cittadini, oltre a garantire un maggiore controllo della spesa.

Descrizione dei risultati

La lettura congiunta di ICM e 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.

Tenendo conto della numerosità dei posti letto delle strutture ospedaliere, la rappresentazione grafica degli ICM e degli ICP offre tre diversi scenari di lettura congiunta di complessità ed efficienza.

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. Ciò può essere giustificato dalla maggiore complessità della casistica. Pertanto, la più lunga durata della degenza può non esse-

re imputabile solo ad inefficienze organizzative.

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.

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

Nel primo scenario, relativo alle strutture con dotazione fino a 120 posti letto per acuti in regime ordinario, sono rappresentate tutte le regioni (Grafico 1). Nel quadrante in basso a destra spicca la posizione della Valle d'Aosta, rappresentata da un'unica struttura privata accreditata e caratterizzata da un'attività prevalentemente di tipo chirurgico. I valori di degenza media risultano molto inferiori al valore standard di riferimento. Probabilmente, ciò è dovuto al fatto che la struttura è anche dotata di un reparto di riabilitazione in cui trasferire i pazienti che necessitano di immediate cure riabilitative dopo l'intervento chirurgico.

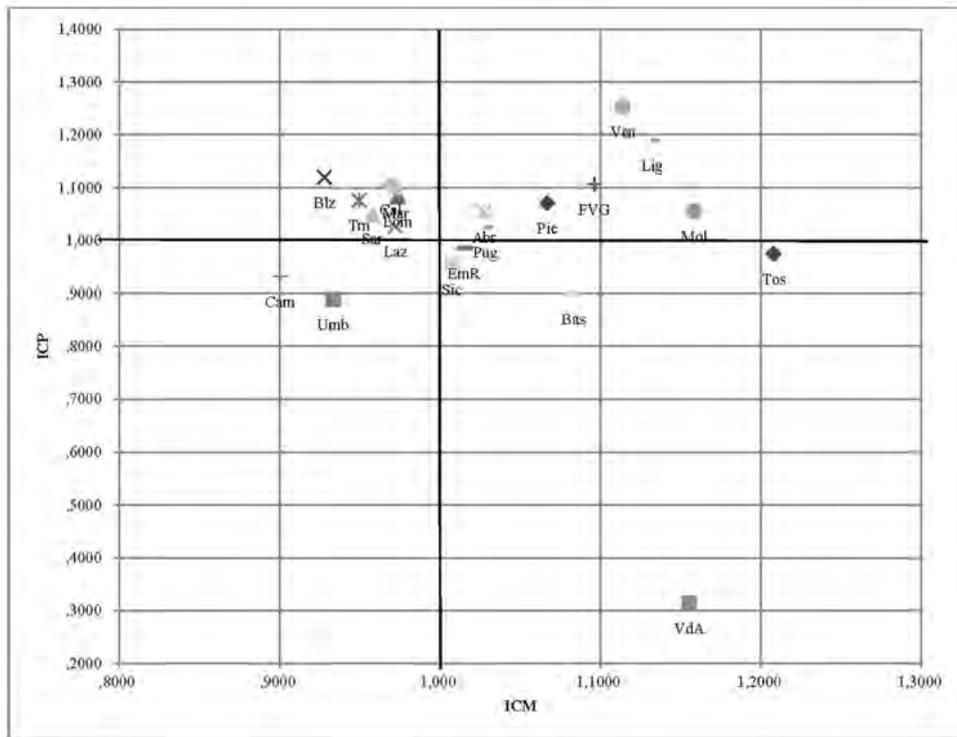
Nel Grafico 2, relativo alle strutture con una dotazione di posti letto compresa tra 121-400, figurano tutte le regioni con la sola eccezione della Valle d'Aosta, che non ha strutture ospedaliere con queste caratteristiche.

Nel quadrante in basso a sinistra si evidenzia la Puglia con la più bassa complessità della casistica rispetto allo standard, mentre la degenza media tende ad avvicinarsi al valore standard.

Nel Grafico 3, relativo alle strutture con oltre 400 posti letto per acuti in regime ordinario, non è rappresentata la regione Molise, poiché non ha strutture con queste caratteristiche. Per il resto, le regioni rappresentate si collocano prevalentemente nei quadranti di sinistra, caratterizzati da una bassa complessità della casistica.

Nei quadranti di destra si evidenziano le regioni Piemonte e Marche, che presentano i valori più elevati per complessità della casistica. La durata della degenza è di poco inferiore allo standard per il Piemonte e superiore al valore standard per le Marche. Si osserva, inoltre, che per Liguria, Veneto e Marche, a fronte di una degenza media pressoché uguale, la complessità della casistica si differenzia sensibilmente.

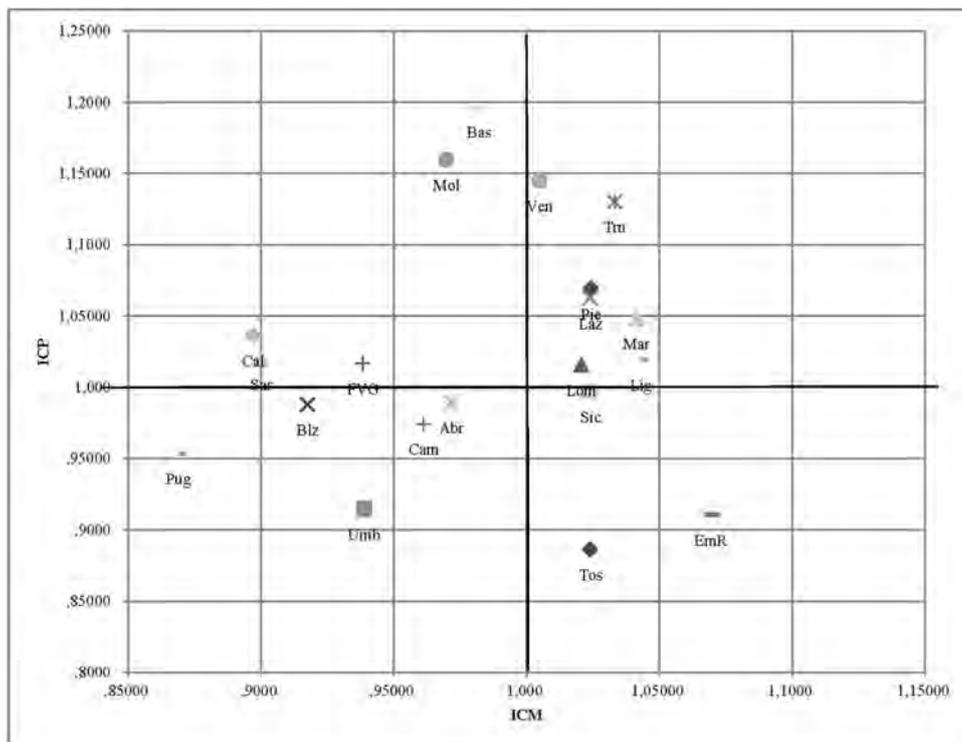
Grafico 1 - *Indice di Case-Mix ed Indice Comparativo di Performance per acuti in regime di Ricovero Ordinario (≤ 120 posti letto) per regione - Anno 2012*



Nota: Sono incluse le dimissioni da istituti pubblici e privati accreditati.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

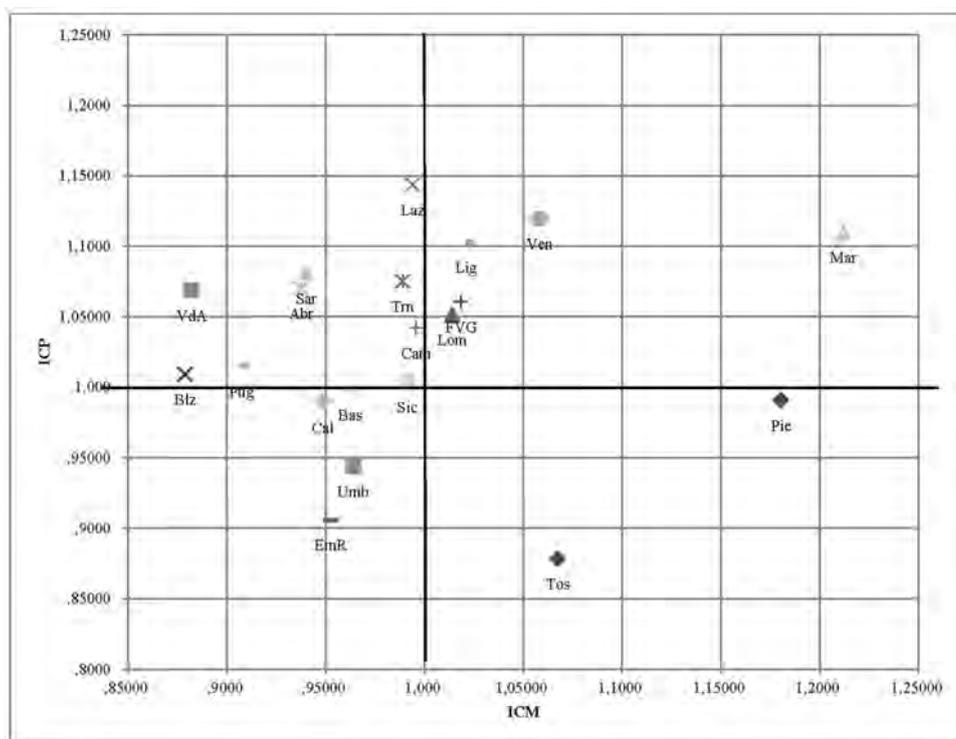
Grafico 2 - *Indice di Case-Mix ed Indice Comparativo di Performance per acuti in regime di Ricovero Ordinario (121-400 posti letto) per regione - Anno 2012*



Nota: Sono incluse le dimissioni da istituti pubblici e privati accreditati.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Grafico 3 - *Indice di Case-Mix ed Indice Comparativo di Performance per acuti in regime di Ricovero Ordinario (>400 posti letto) per regione - Anno 2012*



Nota: Sono incluse le dimissioni da istituti pubblici e privati accreditati.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

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 per perfezionare i modelli logistico-organizzativi e coniugare al meglio le politiche regionali in termini di complessità, efficienza ed economicità dell'assistenza.

Mobilità ospedaliera

Significato. L'analisi della mobilità ospedaliera prende in considerazione gli spostamenti interregionali dei pazienti per essere sottoposti a cure ed interventi chirurgici che richiedono un ricovero. Le ragioni di questi spostamenti possono essere di varia natura e non sempre immediatamente comprensibili. Le motivazioni possono, comunque, essere ricondotte alla ricerca di strutture ospedaliere di alta specialità o che notoriamente sono ritenute più specializzate di altre nel trattare determinate patologie. Si può anche rilevare una mobilità verso strutture extra-regionali, ma situate in zone limitrofe ai confini regionali e, quindi, la mobilità è giustificata dalla vicinanza geografica o maggiore facilità di accesso alle cure. Infine, 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.

Il fenomeno della mobilità ospedaliera di una regione esprime, quindi, la capacità di attrarre pazienti che risiedono in altre regioni. In tal caso si parla di mobilità attiva, mentre si parla di mobilità passiva quando la tendenza dei pazienti è di emigrare fuori regione. La matrice di mobilità ospedaliera, determinata dalla

regione di ricovero (per riga) e dalla 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.

Analizzando il fenomeno della mobilità emerge anche una mobilità di tipo internazionale. Questo fenomeno assume particolare rilievo considerando le 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.

In questo contesto, però, ci si limita all'assistenza ospedaliera erogata in Italia a cittadini stranieri.

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

Indice di attrazione

Numeratore	Dimissioni in mobilità attiva (pazienti residenti in altre regione)	
Denominatore	Dimissioni effettuate in regione (pazienti ovunque residenti)	$\times 100$

Indice di fuga

Numeratore	Dimissioni di residenti in regione in mobilità passiva	
Denominatore	Dimissioni di residenti in regione (ovunque ricoverati)	$\times 100$

Validità e limiti. La validità ed i limiti dell'analisi sulla mobilità ospedaliera si riferiscono nella qualità dell'informazione relativa alla regione di residenza del paziente. La qualità di questa informazione è andata migliorando nel tempo, come mostrano i dati riportati in Tabella 4.

Il fenomeno della mobilità è stato qui esaminato solo per le dimissioni ospedaliere da strutture pubbliche e private accreditate.

Limitatamente alla mobilità passiva, ossia ai ricoveri di pazienti in regioni diverse da quella propria di residenza, è stata calcolata la remunerazione teorica delle prestazioni in regime di ricovero ospedaliero. Trattasi di un importo teorico a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), stimato sulla base dell'ipotesi che ogni episodio di ricovero sia remunerato, in ogni regione, secondo le tariffe di riferimento nazionali (DM 18

ottobre 2012) e la casistica dei ricoveri sia raggruppata secondo il sistema di classificazione DRG versione 24. Pertanto, i valori riportati nelle Tabelle 5-7 non coincidono con i costi effettivamente sostenuti per l'assistenza ospedaliera. Anche per la valorizzazione delle prestazioni ospedaliere sono stati considerati i ricoveri in istituti pubblici e privati accreditati, escludendo quelli che sono senza oneri per il SSN, come è desumibile analizzando la relativa informazione contenuta nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Valore di riferimento/Benchmark. L'Accordo Stato-Regioni per il Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, all'articolo 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 sanita-

ria. Detti accordi dovrebbero prevenire fenomeni distorsivi 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 collaborazioni 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 e relativi indici di attrazione e fuga. L'analisi viene presentata per tipo di attività e regime di ricovero, nel corso del decennio 2002-2012.

La mobilità dei ricoveri per acuti in regime di Ricovero Ordinario (RO) presenta, complessivamente, un trend decrescente nei valori assoluti: si passa da 606.192 dimissioni in mobilità nel 2002 a 575.678 nel 2007 e 505.675 nel 2012. I relativi valori percentuali, rispetto alla totalità delle dimissioni per acuti in RO, presentano, invece, un trend leggermente crescente: 6,9% nel 2002, 7,4% nel 2007 e 7,5% nel 2012.

Tutte le regioni meridionali ed insulari presentano un saldo negativo dei ricoveri in mobilità, ossia si rileva un'eccedenza delle emigrazioni, con la sola eccezione del Molise. Tra queste, nel 2012, spicca il saldo negativo della Campania. Anche tra le regioni del Nord ci sono quelle con saldo negativo come Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria e PA di Trento.

Consistenti saldi positivi si rilevano per Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana (Tabella 1).

Il numero complessivo delle dimissioni in mobilità per acuti in regime di Day Hospital (DH) presenta i seguenti valori assoluti: 198.662 dimissioni nel 2002, 236.422 nel 2007 e 195.771 nel 2012. I relativi valori percentuali, sulla totalità delle dimissioni per acuti in regime diurno, assumono i seguenti valori crescenti 6,1% nel 2002, 6,7% nel 2007 e 7,8% nel 2012.

Anche in questo caso le regioni meridionali ed insulari presentano saldi negativi dei ricoveri diurni per acuti, con la sola eccezione del Molise. I più accentuati saldi negativi nel 2012 si registrano in Campania e Calabria. I saldi positivi più elevati si rilevano, invece, nel Lazio, Emilia-Romagna e Toscana e con un certo distacco seguono Friuli Venezia Giulia, Liguria e Lombardia (Tabella 2).

La mobilità complessiva delle dimissioni da reparti di riabilitazione in regime di DH presenta i seguenti valori assoluti: 39.943 nel 2002, 47.042 nel 2007 e 45.987 nel 2012. I relativi valori percentuali sulla totalità delle dimissioni per riabilitazione in regime di DH sono

16,1% nel 2002 e 2007 e 14,8% nel 2012.

Nel 2012, i saldi positivi più elevati si rilevano in Lombardia e a seguire Emilia-Romagna, mentre le regioni meridionali ed insulari presentano saldi negativi, in particolare in Campania, Sicilia e Calabria. Le sole eccezioni di saldi positivi, anche se di modesta entità, tra le regioni meridionali si registrano in Abruzzo e Molise (Tabella 3).

La Tabella 4 presenta la distribuzione assoluta per regione dei ricoveri di pazienti residenti all'estero e la distribuzione delle SDO con codice errato della regione di residenza del paziente. Sono state qui considerate tutte le dimissioni da reparti per acuti, riabilitazione e nati sani (per i nati sani nella SDO va indicata la residenza della madre). I dati mostrano una riduzione negli ultimi 5 anni del numero assoluto delle dimissioni ospedaliere di pazienti residenti all'estero. La regolarizzazione nel tempo dei permessi di soggiorno, degli stranieri presenti da lungo periodo in Italia, può forse spiegare la diminuzione osservata delle dimissioni ospedaliere dei residenti all'estero.

Si osserva come le dimissioni ospedaliere di questi pazienti non siano uniformemente distribuite sul territorio nazionale: in termini assoluti il numero più elevato è in Lombardia, seppure il valore sia drasticamente diminuito nel periodo considerato.

I dati disponibili consentirebbero anche di stabilire l'esatta provenienza geografica dei residenti all'estero e, quindi, se di provenienza da Paesi dell'Unione Europea o extra Europea. A tal riguardo si rimanda a trattazioni specifiche sull'argomento.

Si osserva, inoltre, un sensibile miglioramento nel tempo della qualità relativa all'informazione sulla residenza del paziente come mostra la distribuzione dei valori assoluti degli errori nel decennio esaminato.

Limitatamente al 2012, la Tabella 5 e la Tabella 6 presentano la distribuzione per regione della remunerazione teorica dei ricoveri in regime di RO e DH in mobilità passiva, rispettivamente per acuti e complessivamente per post-acuti.

La distribuzione tiene anche conto della tipologia di struttura ospedaliera in cui è avvenuto il ricovero. Si distinguono, pertanto, le strutture in pubbliche e private accreditate.

Tra gli istituti pubblici vi è un primo gruppo costituito da Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie e Policlinici pubblici, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici e fondazioni pubbliche ed un secondo gruppo costituito dagli ospedali a gestione diretta.

Anche tra gli istituti privati accreditati si distinguono due gruppi: il primo costituito da Policlinici privati, IRCCS privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi ASL ed Enti di ricerca ed il secondo gruppo costituito dalle sole case di cura private accreditate. La remunerazione teorica è calcolata applicando le tariffe di riferimento nazionali (DM del 18 ottobre

2012) a ciascun episodio di ricovero, classificato secondo il sistema di classificazione DRG versione 24. La remunerazione teorica complessiva dei ricoveri in mobilità passiva per acuti è di circa 2,266 miliardi di euro.

Le regioni che presentano remunerazioni più elevate sono la Campania (circa 255 milioni di euro) ed il Lazio (oltre 204 milioni di euro) (Tabella 5).

La remunerazione teorica complessiva dei ricoveri in mobilità passiva per post-acuti è di circa 288 milioni di euro. In questo caso è la Lombardia a detenere il primato della distribuzione con una valorizzazione teorica di oltre 53 milioni di euro. Seguono Campania (oltre 26 milioni di euro) e Piemonte (oltre 21 milioni di euro) (Tabella 6).

La Tabella 7 riporta il numero delle dimissioni ospedaliere nel 2012 di due strutture ospedaliere presenti nel Lazio, ma con giurisdizione extraterritoriale. Si tratta dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG), definito Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di pertinenza dello Stato estero Città del Vaticano e l'Ospedale San Giovanni Battista (ACISMOM), definito Ospedale classificato o assimilato ai sensi dell'art. 1, ultimo comma, della Legge 132/1968, appartenente all'Ordine Sovrano dei Cavalieri di Malta.

Le dimissioni ospedaliere da queste strutture di ricovero sono tutte da considerare in mobilità passiva, anche

se di pazienti residenti nel Lazio.

L'Ospedale ACISMOM svolge esclusivamente attività riabilitativa, mentre l'OPBG ha prevalentemente dimissioni da reparti per acuti, dove effettua ricoveri sia in regime ordinario che diurno, ma svolge anche attività riabilitative in entrambe le modalità di ricovero. La Tabella 7 riporta, pertanto, il numero complessivo di dimissioni da reparti per acuti e di riabilitazione: solo il 38% delle dimissioni per riabilitazione provengono dall'Ospedale ACISMOM ed il restante 62% dall'OPBG. Inoltre, la tabella riporta la valorizzazione economica teorica delle dimissioni da queste due strutture ospedaliere ed i valori riportati non sono presenti nelle Tabella 5 e Tabella 6.

Complessivamente, da queste due strutture ospedaliere sono stati dimessi 99,480 pazienti e la valorizzazione economica di questi ricoveri è di circa 135 milioni di euro.

Il 74,7% delle dimissioni da queste strutture sono di pazienti residenti nel Lazio, il 20,7% sono le dimissioni di pazienti residenti nelle regioni meridionali ed insulari ed il 4,5% di residenti nelle restanti regioni del Centro-Nord. Per quanto riguarda la valorizzazione economica di queste dimissioni, il 67,2% dell'intero importo è da attribuire al Lazio, il 26,4% alle regioni meridionali ed insulari ed il restante 6,4% alle regioni centro settentrionali, con esclusione del Lazio.

Tabella 1 - Indice di attrazione e fuga (valori assoluti e valori percentuali) e saldo (valori assoluti) di dimissioni ospedaliere per acuti in regime di Ricovero Ordinario per regione - Anni 2002, 2007, 2012

Regioni	2002			2007			2012								
	Attrazione	Fuga	Saldo	Attrazione	Fuga	Saldo	Attrazione	Fuga	Saldo						
Piemonte	30.291	6,3	42.652	8,6	-12.361	28.600	6,3	37.330	8	-8.730	26.382	5,6	31.735	6,7	-5.353
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1.374	9,7	3.370	20,8	-1.996	1.557	10,7	3.463	21,1	-1.906	1.601	10,6	2.958	18	-1.357
Lombardia	121.536	8,6	50.873	3,8	70.663	116.013	8,9	48.374	3,9	67.639	106.259	9	40.597	3,6	65.662
Bolzano-Bozen	5.930	7,1	3.365	4,1	2.565	5.425	7,6	3.105	4,5	2.320	4.278	6,7	2.479	4	1.799
Trento	5.623	9,3	10.660	16,3	-5.037	5.259	10	10.151	17,6	-4.892	4.465	8,8	7.744	14,4	-3.279
Veneto	49.267	8	28.183	4,7	21.084	45.356	8,2	30.360	5,7	14.996	34.022	7,2	29.856	6,4	4.166
Friuli Venezia Giulia	13.514	8,4	10.594	6,7	2.920	12.561	8,3	9.345	6,3	3.216	12.566	8,9	7.747	5,6	4.819
Liguria	28.374	11,4	25.969	10,5	2.405	22.012	10,8	24.457	11,8	-2.445	17.592	9,9	25.614	13,9	-8.022
Emilia-Romagna	69.576	11,9	33.671	6,1	35.905	80.066	13,6	33.916	6,3	46.150	75.880	13,6	29.158	5,7	46.722
Toscana	46.578	9,5	25.986	5,5	20.592	42.647	10,2	25.598	6,4	17.049	47.989	11,2	22.975	5,7	25.014
Umbria	19.409	15,7	11.921	10,3	7.488	15.680	14	12.906	11,8	2.774	17.236	14,7	12.374	11	4.862
Marche	19.209	8,7	21.084	9,5	-1.875	17.561	8,9	22.677	11,2	-5.116	17.734	10,1	20.481	11,4	-2.747
Lazio	65.101	8,1	52.353	6,6	12.748	66.897	8,9	50.179	6,8	16.718	48.824	7,8	46.552	7,5	2.272
Abruzzo	29.546	11,1	23.759	9,1	5.787	28.148	13,3	25.126	12,1	3.022	16.588	11,1	24.815	15,8	-8.227
Molise	14.298	22,5	12.363	20,1	1.935	15.263	26,1	10.248	19,2	5.015	10.825	26,8	8.499	22,3	2.326
Campania	19.074	2,2	71.871	7,9	-52.797	18.098	2,3	64.166	7,7	-46.068	15.938	2,6	53.404	8,2	-37.466
Puglia	32.412	4,5	45.040	6,1	-12.628	23.138	3,7	46.728	7,3	-23.590	19.918	4	39.641	7,6	-19.723
Basilicata	8.424	10,3	23.391	24,2	-14.967	8.349	13,2	17.590	24,3	-9.241	9.377	16,6	14.445	23,5	-5.068
Calabria	11.137	3,5	46.796	13,2	-35.659	7.838	3,1	45.275	15,6	-37.437	5.046	2,8	39.265	18,3	-34.219
Sicilia	11.454	1,3	51.734	5,8	-40.280	11.223	1,7	42.669	6,2	-31.446	9.546	1,8	34.688	6,3	-25.142
Sardegna	4.065	1,6	10.557	4	-6.492	3.987	1,8	12.015	5,2	-8.028	3.609	1,9	10.648	5,3	-7.039
Italia			606.192 (6,9)					575.678 (7,4)					505.675 (7,5)		

Nota: Sono state considerate le dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate.

Fonte dei dati: Ministero della Salute, SDO, Anno 2013.

Tabella 2 - Indice di attrazione e fuga (valori assoluti e valori percentuali) e saldo (valori assoluti) di dimissioni ospedaliere per acuti in regime di Day Hospital per regione - Anni 2002, 2007, 2012

Regioni	2002			2007			2012								
	Attrazione	Fuga	Saldo	Attrazione	Fuga	Saldo	Attrazione	Fuga	Saldo						
Piemonte	11.383	4,9	17.726	7,4	-6.343	14.084	5,1	15.222	5,5	-1.138	7.455	4,7	10.981	6,7	-3.526
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	462	7,5	1.292	18,4	-830	376	6,0	1.447	19,8	-1.071	546	8,2	854	12,2	-308
Lombardia	40.049	7,3	16.783	3,2	23.266	34.513	7,8	18.960	4,4	15.553	20.659	9,3	14.831	6,9	5.828
Bolzano-Bozen	1.624	11,0	1.087	7,6	537	2.140	8,3	1.116	4,5	1.024	1.730	8,7	1.027	5,4	703
Trento	1.404	7,4	4.028	18,6	-2.624	1.938	7,5	4.210	15,0	-2.272	1.783	6,2	3.505	11,5	-1.722
Veneto	18.192	6,9	10.209	4,0	7.983	18.305	8,3	14.140	6,6	4.165	15.002	9,8	15.013	9,8	-11
Friuli Venezia Giulia	4.933	10,2	3.949	8,4	984	7.019	14,9	4.766	10,7	2.253	9.781	18,8	3.363	7,4	6.418
Liguria	12.86	9,3	10.586	7,8	2.278	15.844	10,7	13.551	9,3	2.293	14.760	13,7	8.769	8,6	5.991
Emilia-Romagna	22.901	9,4	12.188	5,2	10.713	24.734	12,6	14.055	7,6	10.679	22.273	12,5	10.228	6,2	12.045
Toscana	18.613	9,5	9.718	5,2	8.895	25.015	12,4	11.390	6,1	13.625	19.066	13,8	9.765	7,6	9.301
Umbria	8.638	14,6	4.621	8,4	4.017	9.141	16,9	6.723	13,0	2.418	4.960	18,0	5.810	20,5	-850
Marche	5.268	7,9	9.395	13,2	-4.127	7.775	10,4	8.414	11,2	-639	5.581	10,4	6.659	12,2	-1.078
Lazio	21.906	6,5	17.143	5,2	4.763	32.819	8,9	20.915	5,8	11.904	35.211	10,8	16.882	5,5	18.329
Abruzzo	7.496	9,6	7.390	9,5	106	8.907	11,6	10.754	13,7	-1.847	7.616	13,2	11.136	18,2	-3.520
Molise	1.144	18,3	3.463	40,4	-2.319	5.476	25,0	4.126	20,1	1.350	5.237	26,2	3.931	21,1	1.306
Campania	5.978	2,1	17.497	6,0	-11.519	7.474	1,8	24.804	5,8	-17.330	8.074	2,1	22.488	5,7	-14.414
Puglia	3.020	2,6	13.415	10,7	-10.395	4.401	2,2	18.010	8,4	-13.609	4.454	2,8	14.301	8,6	-9.847
Basilicata	4.083	13,6	5.570	17,6	-1.487	5.755	13,9	6.895	16,3	-1.140	3.925	18,0	5.986	25,1	-2.061
Calabria	2.631	2,8	15.241	14,2	-12.610	2.206	1,9	19.376	14,5	-17.170	1.850	2,5	16.165	18,1	-14.315
Sicilia	5.312	1,4	14.135	3,5	-8.823	7.824	1,6	13.569	2,7	-5.745	5.164	2,0	10.747	4,1	-5.583
Sardegna	761	0,7	3.226	3,0	-2.465	676	0,7	3.979	4,2	-3.303	644	0,8	3.330	4,2	-2.686
Italia			198.662 (6,1)					236.422 (6,7)					195.771 (7,8)		

Nota: Sono state considerate le dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate.

Fonte dei dati: Ministero della Salute, SDO, Anno 2013.

Tabella 3 - Indice di attrazione e fuga (valori assoluti e valori percentuali) e saldo (valori assoluti) di dimissioni ospedaliere per riabilitazione in regime di Day Hospital per regione - Anni 2002, 2007, 2012

Regioni	2002			2007			2012								
	Attrazione	Fuga	Saldo	Attrazione	Fuga	Saldo	Attrazione	Fuga	Saldo						
Piemonte	5.788	21,2	3.415	13,7	2.373	5.946	18,6	4.169	13,8	1.777	6.031	16,3	3.383	9,8	2.648
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0	0	312	100,0	-312	0	0	439	100,0	-439	143	20,5	318	36,5	-175
Lombardia	13.131	15,7	6.094	7,9	7.037	14.504	15,4	6.281	7,3	8.223	13.655	14,4	7.334	8,3	6.321
Bolzano-Bozen	56	3,6	213	12,4	-157	126	5,1	203	7,9	-77	159	6,1	222	8,3	-63
Trento	2.330	39,4	773	17,7	1.557	2.419	39,3	623	14,3	1.796	1.834	33,0	819	18,0	1.015
Veneto	3.000	14,4	2.624	12,8	376	2.944	13,0	3.269	14,3	-325	3.900	16,3	2.686	11,8	1.214
Friuli Venezia Giulia	249	7,4	634	16,9	-385	140	5,2	825	24,3	-685	134	5,2	1.042	29,7	-908
Liguria	1.168	22,6	2.743	40,6	-1.575	1.795	18,3	3.401	29,8	-1.606	1.183	11,2	3.394	26,6	-2.211
Emilia-Romagna	4.629	34,6	2.533	22,4	2.096	7.702	44,7	2.770	22,5	4.932	8.787	41,4	2.838	18,6	5.949
Toscana	1.020	11,8	1.536	16,8	-516	1.534	14,2	1.920	17,2	-386	1.699	15,4	1.741	15,7	-42
Umbria	555	28,7	599	30,3	-44	759	27,6	882	30,7	-123	1.057	28,1	1.018	27,4	39
Marche	171	8,3	1.369	42,1	-1.198	574	17,5	1.645	37,9	-1.071	928	23,1	1.363	30,6	-435
Lazio	2.912	10,4	2.447	8,9	465	2.735	8,6	2.659	8,4	76	2.385	8,2	2.888	9,8	-503
Abruzzo	2.925	22,6	747	6,9	2.178	3.357	26,9	914	9,1	2.443	1.457	21,2	1.343	19,9	114
Molise	487	49,5	717	59,1	-230	805	39,6	940	43,3	-135	628	38,5	522	34,3	106
Campania	554	4,3	3.099	20,2	-2.545	440	3,7	3.763	24,5	-3.323	294	2,5	4.016	26,2	-3.722
Puglia	498	7,0	2.822	30,0	-2.324	674	4,5	3.864	21,1	-3.190	1.104	5,0	3.140	13,0	-2.036
Basilicata	147	30,1	912	72,7	-765	204	17,7	1.077	53,2	-873	202	12,8	1.240	47,5	-1.038
Calabria	163	3,1	2.604	34,0	-2.441	123	2,8	2.826	39,8	-2.703	117	2,5	2.787	37,9	-2.670
Sicilia	151	2,6	3.062	34,8	-2.911	253	2,9	3.734	30,3	-3.481	274	1,9	3.146	18,4	-2.872
Sardegna	9	3,0	688	70,1	-679	8	1,0	838	52,5	-830	16	0,7	747	24,7	-731
Italia			39.943 (16,1)			47.042 (16,1)					45.987 (14,8)				

Nota: Sono state considerate le dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate.

Fonte dei dati: Ministero della Salute, SDO, Anno 2013.

Tabella 4 - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti) di pazienti residenti all'estero, nati sani e codice di residenza errato per regione - Anni 2002, 2007, 2012

Regioni	2002			2007			2012		
	Residenti all'estero	Nati sani	Codice residenza errato	Residenti all'estero	Nati sani	Codice residenza errato	Residenti all'estero	Nati sani	Codice residenza errato
Piemonte	8.853	333	0	8.092	324	99	4.831	112	6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	261	2	2	338	9	2	276	3	0
Lombardia	23.773	412	0	22.499	472	500	13.621	256	29
<i>Bozano-Bozen</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>3.777</i>	<i>13</i>	<i>33</i>	<i>2.888</i>	<i>35</i>	<i>37</i>
<i>Trento</i>	<i>1.305</i>	<i>29</i>	<i>38</i>	<i>1.509</i>	<i>28</i>	<i>41</i>	<i>1.164</i>	<i>13</i>	<i>11</i>
Veneto	6.230	330	2.139	7.152	204	765	5.401	139	7
Friuli Venezia Giulia	1.600	15	88	2.006	20	129	1.750	11	4
Liguria	3.998	84	1.126	4.169	60	406	3.205	35	22
Emilia-Romagna	9.125	284	0	10.638	321	0	7.316	176	0
Toscana	11.000	471	19	10.020	584	292	8.182	1.032	16
Umbria	2.335	45	40	1.802	34	33	1.261	7	0
Marche	1.811	27	0	1.777	23	0	1.127	11	0
Lazio	8.926	326	1	10.061	684	130	8.610	407	0
Abruzzo	628	1	285	1.043	8	235	576	6	0
Molise	191	1	4	369	2	7	250	2	3
Campania	5.293	198	410	8.040	134	249	6.520	216	0
Puglia	2.684	24	51	3.227	17	46	4.108	33	20
Basilicata	218	2	2	285	-	18	96	1	1
Calabria	1.327	5	26	1.680	33	63	2.005	83	8
Sicilia	2.632	38	196	3.605	51	232	4.647	169	3
Sardegna	919	6	0	1.348	30	0	1.156	27	0
Italia	93.109	2.633	4.427	103.437	3.051	3.280	78.990	2.774	167

Nota: Sono state considerate le dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Tabella 5 - Remunerazione teorica (valori in €) dei ricoveri in mobilità passiva per acuti per tipologia di istituto, regime di ricovero e regione - Anno 2012

Regioni	AO, AOU e Policlinici pubblici, IRCS pubblici e fondazioni pubbliche				Istituti pubblici				Istituti privati accreditati				Totale Istituti privati accreditati	Totale Istituti privati accreditati
	AO, AOU e Policlinici pubblici, IRCS pubblici e fondazioni pubbliche		Istituti pubblici		Istituti privati accreditati		Istituti privati accreditati		Istituti privati accreditati		Istituti privati accreditati			
	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH		
Piemonte	50.035.199	5.099.554	21.792.502	2.978.248	79.905.503	30.750.154	2.515.913	18.291.808	1.067.680	52.625.555	132.531.057			
Valle d'Aosta	6.723.454	424.762	1.762.463	303.054	9.213.733	1.279.519	103.206	3.737.715	171.973	5.292.412	14.506.145			
Lombardia	49.284.831	6.363.787	58.418.412	6.434.511	120.501.541	17.635.462	2.246.849	21.531.720	3.390.654	44.804.685	165.306.226			
Bolzano-Bozen	6.377.654	241.071	3.959.320	533.880	11.111.926	1.926.251	181.511	1.339.186	280.280	3.727.229	14.839.155			
Trento	9.818.595	943.359	12.504.045	1.767.350	25.033.349	7.282.142	1.350.678	3.016.558	549.436	12.198.814	37.232.163			
Veneto	54.464.255	10.694.422	20.805.367	2.574.272	88.538.316	8.315.599	494.854	31.224.979	7.961.613	47.997.045	136.535.361			
Friuli Venezia Giulia	11.220.204	992.727	9.174.021	1.451.869	22.838.820	6.936.775	870.089	7.819.438	1.250.070	16.876.371	39.715.191			
Liguria	34.314.513	3.015.962	20.036.265	2.849.512	60.216.252	22.472.934	1.007.811	29.114.933	4.556.171	57.151.849	117.368.102			
Emilia-Romagna	46.101.088	4.253.263	17.364.414	2.127.587	69.846.351	23.328.037	1.621.661	27.730.423	3.073.522	55.753.643	125.599.994			
Toscana	31.733.421	2.952.933	20.593.915	3.241.868	58.522.137	13.551.378	981.433	24.146.842	5.528.472	44.208.124	102.730.261			
Umbria	16.686.034	1.427.236	8.770.342	1.214.614	28.098.225	6.740.786	764.126	17.021.324	1.080.574	25.606.809	53.705.035			
Marche	24.295.994	2.123.384	18.323.857	3.479.874	48.223.110	8.467.011	601.851	30.683.430	1.985.498	41.737.790	89.960.901			
Lazio	58.984.981	5.602.092	49.307.714	7.259.615	121.154.402	17.681.796	1.112.036	58.307.187	6.039.096	83.140.116	204.294.518			
Abruzzo	31.953.644	2.745.783	17.291.899	2.701.280	54.692.606	17.592.615	1.457.414	30.356.627	4.101.968	53.508.623	108.201.229			
Molise	7.804.200	951.851	12.055.154	1.731.025	22.542.230	6.409.246	564.506	8.374.002	501.177	15.848.932	38.391.163			
Campania	93.434.453	8.679.498	35.135.807	4.324.063	141.573.821	64.961.704	4.528.537	40.693.810	3.167.445	113.351.496	254.925.317			
Puglia	66.245.954	5.950.881	27.248.305	3.590.097	103.035.236	33.493.442	2.142.272	39.091.813	1.981.819	76.709.347	179.744.583			
Basilicata	19.168.094	2.074.196	7.979.080	1.300.429	30.521.799	12.950.987	1.248.395	17.178.200	794.835	32.172.417	62.694.216			
Calabria	71.229.217	6.470.742	19.678.329	2.632.005	100.010.294	34.336.411	2.644.837	38.688.554	2.784.588	78.454.390	178.464.683			
Sicilia	69.898.860	5.450.531	17.633.057	2.091.516	95.073.963	33.557.089	1.823.529	28.820.636	1.189.207	65.390.461	160.464.425			
Sardegna	21.019.407	1.555.537	4.711.053	736.239	28.022.235	11.163.215	605.422	8.594.937	414.250	20.777.825	48.800.060			
Italia	780.794.051	78.013.571	404.545.322	55.322.906	1.318.675.850	380.832.555	28.866.929	485.764.123	51.870.327	947.333.934	2.266.009.785			

Fonte dei dati: Ministero della Salute, SDO, Anno 2013.

Tabella 6 - Remunerazione teorica (valori in €) dei ricoveri in mobilità passiva per post-acuzie per tipologia di istituto, regime di ricovero e regione - Anno 2012

Regioni	AO, AOU e Policlinici pubblici, IRCS pubblici e fondazioni pubbliche				Istituti pubblici				Istituti privati accreditati				Totale Istituti privati accreditati	Totale Istituti privati accreditati
	AO, AOU e Policlinici pubblici, IRCS pubblici e fondazioni pubbliche		Istituti pubblici		Istituti privati accreditati		Istituti privati accreditati		Istituti privati accreditati		Istituti privati accreditati			
	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH		
Piemonte	1.366.688	24.630	1.277.740	64.405	2.733.463	6.758.653	44.731	11.619.505	331.051	18.753.940	21.487.402			
Valle d'Aosta	46.698	2.432	135.734	8.945	193.808	707.187	21.815	828.593	3.927	1.755.330	1.755.330			
Lombardia	756.118	146.072	3.981.954	112.839	4.996.984	14.212.939	46.177	33.676.529	596.330	48.531.974	53.528.958			
Bolzano-Bozen	60.015	0	247.125	12.265	319.406	266.820	7.417	615.871	28.021	918.130	1.237.535			
Trento	237.876	6.748	1.009.743	97.895	1.352.263	909.237	6.755	2.229.334	42.149	3.187.475	4.539.737			
Veneto	1.666.893	275.776	1.206.777	90.459	3.239.905	1.659.382	14.381	10.572.456	48.630	12.294.848	15.534.752			
Friuli Venezia Giulia	175.566	3.245	321.022	20.955	520.788	2.567.725	265.375	2.473.944	83.244	5.390.288	5.911.076			
Liguria	660.929	18.786	1.013.286	33.362	1.726.362	6.743.497	78.963	9.556.644	195.491	16.574.595	18.300.957			
Emilia-Romagna	1.366.933	46.653	1.702.264	92.941	3.208.790	5.148.738	32.280	6.965.589	208.219	12.354.826	15.563.616			
Toscana	787.054	38.837	2.686.323	196.425	3.708.638	2.482.778	101.846	6.079.680	206.214	8.870.519	12.579.157			
Umbria	202.951	14.200	659.703	68.175	945.029	1.143.913	106.403	2.908.329	22.325	4.180.971	5.125.999			
Marche	972.692	35.795	1.065.254	164.579	2.238.320	1.120.325	54.396	5.276.641	154.269	6.605.631	8.843.951			
Lazio	637.601	56.623	4.285.446	158.444	5.138.114	3.248.439	59.327	7.677.201	124.320	11.109.287	16.247.401			
Abruzzo	575.942	43.414	938.732	36.594	1.594.682	2.214.287	127.812	5.144.610	79.195	7.565.904	9.160.586			
Molise	161.091	9.685	357.132	5.245	533.154	487.106	23.901	2.146.082	33.168	2.690.258	3.223.411			
Campania	2.368.634	129.126	3.544.338	159.554	6.201.651	8.253.012	304.174	11.830.728	191.185	20.579.099	26.780.750			
Puglia	1.936.652	72.087	2.628.616	96.254	4.733.611	4.174.313	185.974	9.397.931	167.144	13.925.361	18.658.971			
Basilicata	450.162	30.884	824.731	19.724	1.325.500	2.219.590	88.556	4.335.894	41.951	6.685.991	8.011.491			
Calabria	1.617.094	55.740	1.859.912	59.873	3.592.620	5.305.633	86.807	7.618.727	101.462	13.112.629	16.705.249			
Sicilia	2.190.248	72.441	2.102.014	90.111	4.454.815	6.828.326	181.670	8.086.036	192.434	15.288.465	19.743.280			
Sardegna	587.424	23.101	531.543	45.790	1.187.858	1.292.963	20.079	2.145.388	69.520	3.527.950	4.715.808			
Italia	18.825.261	1.106.274	32.379.390	1.634.833	53.945.759	77.744.862	1.858.838	151.185.713	2.920.249	233.709.662	287.655.421			

Fonte dei dati: Ministero della Salute, SDO, Anno 2013.

Tabella 7 - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti) da strutture extraterritoriali (Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e Ospedale San Giovanni Battista) e remunerazione teorica (valori in €) per regime di ricovero e regione di residenza - Anno 2012

Regioni	Dimissioni RO e DH	Acuti	Remune- razione teorica DH	Riabilitazione			Totale	
		Remune- razione teorica RO		Dimissioni RO e DH	Remune- razione teorica RO	Remune- razione teorica DH	Dimissioni RO e DH	Remune- razione teorica RO e DH
Piemonte	126	184.966	51.548	5	16.635	646	131	253.795
Valle d'Aosta	1	2.560	0	1	16.089	0	2	18.650
Lombardia	365	871.035	99.520	16	35.027	11.809	381	1.017.391
Bolzano-Bozen	6	0	2.335	2	11.726	436	8	14.497
Trento	9	10.509	3.727	0	0	0	9	14.235
Veneto	155	364.614	45.941	8	8.181	7.574	163	426.310
Friuli Venezia Giulia	41	101.969	4.075	1	0	162	42	106.205
Liguria	60	98.450	11.419	3	11.726	218	63	121.813
Emilia-Romagna	288	382.851	54.351	15	5.434	6.373	303	449.009
Toscana	531	873.061	97.278	38	110.591	27.654	569	1.108.584
Umbria	2.088	2.976.503	527.909	113	115.474	45.414	2.201	3.665.300
Marche	597	1.098.466	133.429	53	163.449	21.004	650	1.416.348
Lazio	69.159	51.652.047	16.893.696	5.182	18.856.020	3.445.200	74.341	90.846.963
Abruzzo	2.661	3.169.697	675.461	137	367.840	52.668	2.798	4.265.665
Molise	947	1.122.042	238.770	44	161.227	6.359	991	1.528.398
Campania	6.148	7.378.177	1.399.803	511	820.708	140.681	6.659	9.739.370
Puglia	3.361	5.603.979	773.470	183	690.978	52.866	3.544	7.121.293
Basilicata	950	1.714.678	218.470	38	167.973	13.109	988	2.114.230
Calabria	3.020	4.683.876	620.091	157	460.946	59.069	3.177	5.823.982
Sicilia	1.558	2.792.272	378.174	150	395.904	47.260	1.708	3.613.610
Sardegna	704	1.172.972	162.475	48	105.549	21.396	752	1.462.392
Italia	92.775	86.254.723	22.391.940	6.705	22.521.478	3.959.899	99.480	135.128.041

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

La mobilità passiva può costituire un costo rilevante per le regioni che subiscono questo tipo di mobilità. Pertanto, è importante che ciascuna regione valuti attentamente i motivi che spingono i pazienti a cerca-

re 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.

Utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inappropriatelyzza

Significato. Viene descritto l'utilizzo del Day Hospital (DH) nella popolazione residente rispetto al Ricovero Ordinario (RO) per i DRG medici definiti "ad alto rischio di inappropriatelyzza" se erogati in regime di degenza ordinaria. L'elenco aggiornato di tali DRG è contenuto nell'allegato B del Patto per la Salute 2010-2012 (1), approvato il 3 dicembre 2009, ed è il risultato di un ampliamento della lista dei 43 DRG medici e chirurgici indicati nell'allegato B del DPCM 29 novembre 2001. Inoltre, il Patto per la Salute presenta una lista di 24 prestazioni ad alto rischio di inappropriatelyzza se erogate in regime di Day Surgery e, quindi, da trasferire in regime ambulatoriale.

Tale indicatore esprime, genericamente, la capacità delle regioni di recepire le indicazioni poste dalla programmazione nazionale per migliorare l'appropriatelyzza dell'utilizzo dei diversi *setting* assistenziali fruibili in ambito ospedaliero ed extraospedaliero attraverso il trasferimento dei DRG medici in esame ad un regime di DH o ambulatoriale. Tale trasferimento è, peraltro, monitorato anche tramite il

raggiungimento dei valori soglia delle percentuali di DH eventualmente fissati in autonomia dalle singole regioni rispetto a tale obiettivo.

Per valutare in modo compiuto il fenomeno dell'appropriatelyzza nei ricoveri medici per i DRG interessati, è utile ed opportuno che la percentuale di ricoveri in DH sia confrontata con il tasso di dimissioni ospedaliere e con i volumi di prestazioni alternative effettuate in regime ambulatoriale e di Day Service (DS). In assenza di dati attendibili ed uniformi sul territorio nazionale riguardo i volumi di attività ambulatoriale, il confronto tra la percentuale di DH ed il tasso di dimissione per i DRG in esame fornisce, in caso di riduzione complessiva del tasso di ospedalizzazione, una misura indiretta dell'utilizzo e dell'accessibilità ai servizi ambulatoriali distrettuali. Tale confronto consente, inoltre, di valutare la reale efficacia delle azioni adottate dalle regioni per migliorare l'appropriatelyzza organizzativa ed il corretto utilizzo del DH per tali DRG. Saranno illustrati e descritti i dati regionali registrati dal 2010 al 2012.

Percentuale di ricoveri in Day Hospital per i DRG medici a rischio di inappropriatelyzza

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Dimissioni ospedaliere in Day Hospital}^*}{\text{Dimissioni ospedaliere in regime di Ricovero Ordinario e di Day Hospital}^*} \times 100$$

Tasso di dimissioni ospedaliere per i DRG medici a rischio di inappropriatelyzza**

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (modalità ordinaria + Day Hospital)}^*}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

*Per i DRG medici considerati.

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

Validità e limiti. I dati presentati permettono il confronto dei 3 anni successivi all'entrata in vigore del Patto per la Salute 2010-2012 (emanato alla fine del 2009) e permettono di valutarne gli effetti.

La percentuale di ricoveri in DH per i DRG in esame può essere calcolata sui dimessi per regione di ricovero o sui dimessi per regione di residenza. Il calcolo per regione di ricovero valuta il comportamento dei produttori, ma non consente di effettuare corrette correlazioni con il tasso di ospedalizzazione dei DRG presi in esame. Di conseguenza, verranno presentati i dati relativi alla percentuale di utilizzo del DH per tutti i DRG medici a rischio di inappropriatelyzza calcolati sui dimessi per regione di residenza relativamente agli anni 2010-2012. Una verifica effettuata negli anni precedenti sui dati complessivi ha permesso, infatti, di

rilevare che le differenze esistenti tra le due modalità di analisi non sono sostanziali. Nell'interpretazione dei risultati occorre, tuttavia, tenere presente che il dato calcolato sui dimessi per regione di residenza comprende anche una quota più o meno elevata di pazienti trattati, a causa della mobilità passiva, presso strutture di altre regioni che potrebbero avere prassi e regole di accesso ai servizi difforni rispetto alla regione di residenza del paziente.

Come già anticipato, oltre ad illustrare la percentuale di utilizzo del DH negli anni 2010-2012 per i DRG medici "potenzialmente inappropriati", sarà illustrato, per il solo 2012, anche il confronto tra la percentuale di utilizzo del DH ed il tasso di ospedalizzazione complessivo rilevato nelle singole regioni per i DRG medici in esame. Questo confronto permette di rileva-

re un eccesso di ospedalizzazione, in presenza del quale anche un'elevata percentuale di utilizzo del DH perderebbe significato riguardo l'obiettivo di contrastare il fenomeno dell'ospedalizzazione inappropriata.

Valore di riferimento/Benchmark. Per questo indicatore l'allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 fissa uno standard pari al valore medio delle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza. In coerenza con la normativa di riferimento, ma tenendo conto delle osservazioni di cui si è fatto cenno nel precedente paragrafo, riteniamo che un'elevata percentuale di DH debba rappresentare l'obiettivo cui tendere solo in presenza di un basso Tasso Standardizzato di Dimissione (TSD) per età per il complesso dei DRG medici oggetto di analisi. In ragione dell'interdipendenza dei due parametri si ipotizza, pertanto, un valore di riferimento ottimale caratterizzato da una percentuale di DH superiore e da un TSD inferiore ai rispettivi valori nazionali.

Descrizione dei risultati

La percentuale di ricoveri in DH per i DRG medici a rischio di inappropriata non ha fatto registrare significative e univoche variazioni nel periodo considerato (è aumentata dal 48,1% al 49,2% tra il 2010 e il 2011, mentre tra il 2011 e il 2012 si è ridotta al 47,3%). Molto più evidente e significativa è l'elevata variabilità registrata tra le diverse regioni, con valori estremi compresi, nel 2012, tra il 60,2% della Liguria e il 26,0% della Lombardia (Tabella 1 e Grafico 1). A differenza di altri indicatori di appropriatezza dell'assistenza ospedaliera, le variazioni rilevate per questo indicatore non presentano un apparente trend geografico tra Nord e Sud, sebbene la successiva analisi renderà comunque evidente una chiara chiave di lettura in tal senso.

Nonostante siano le regioni del Centro-Nord quelle tradizionalmente più attente nel perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza dei ricoveri, queste presentano al contrario elevati valori di utilizzo del DH, un aumentato utilizzo del settore ambulatoriale ed una estesa attivazione dei DS che determina quadri di utilizzo dei diversi *setting* molto differenziati. Le regioni che presentano una percentuale superiore al dato nazionale sono, complessivamente, 12, di cui 3 settentrionali (Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria), 3 del Centro (Toscana, Marche e Lazio) e tutte le meridionali, ad eccezione di Puglia e Sardegna. Dall'analisi dei trend regionali risulta che in 10 regioni, tra il 2010 e il 2012, si è verificata una riduzione della percentuale, mentre in 11 regioni un aumento del valore. La regione con la diminuzione più sensibile della percentuale di ricoveri in DH per i DRG medici a rischio di inappropriata è stata la Lombardia, dove si è passati dal 42,2% del 2010 al 26,0% del 2012.

L'esame del TSD per i DRG medici considerati aggiunge ulteriori elementi di analisi. Come abbiamo visto, per un'ottimale gestione del fenomeno dei ricoveri inappropriati, il trasferimento in DH di una quota di RO a rischio di inappropriata dovrebbe essere attuato in un contesto in cui anche il TSD complessivo (in RO e DH) per questi DRG risulti non particolarmente elevato, ovvero inferiore alla media, in funzione del ricorso a forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero.

A tale riguardo possiamo osservare che a livello nazionale (Tabella 2) il TSD si è ridotto negli ultimi 3 anni dal 34,4 per 1.000 abitanti (18,4 per 1.000 in RO e 16,0 per 1.000 in DH) del 2010 al 30,2 per 1.000 (15,9 per 1.000 in RO e 14,3 per 1.000 in DH) del 2012. La riduzione del TSD complessivo ha interessato tutte le regioni, ad eccezione della Valle d'Aosta, del Friuli Venezia Giulia e dell'Emilia-Romagna, dove il tasso è aumentato rispetto a valori che si mostravano nettamente inferiori al dato nazionale all'inizio del triennio (Tabella 2).

Nel 2012, il TSD complessivo comprende un *range* di valori molto ampio compreso tra il 17,8 (per 1.000) del Veneto ed il 49,2 (per 1.000) della Campania. In questo caso, la rilevante variabilità regionale è caratterizzata da un marcato gradiente geografico in quanto, ad eccezione del Lazio, della Liguria e della PA di Bolzano, le regioni del Centro e del Nord presentano TSD per i DRG in esame inferiori a quello nazionale, mentre tutte le regioni meridionali ed insulari mostrano una distribuzione di segno opposto, con l'unica eccezione dell'Abruzzo.

Un ulteriore contributo alla valutazione del fenomeno ed alla corretta comprensione della situazione esistente nelle diverse realtà regionali viene fornito dall'analisi congiunta e dal confronto dei due indicatori analizzati in precedenza. Considerando come valori di riferimento il valore mediano della percentuale di ricoveri effettuata in DH e dei TSD ospedalieri per i DRG medici a rischio di inappropriata, è possibile riportare su un grafico a quattro quadranti i valori degli indicatori rilevati nelle diverse realtà regionali. Il grafico, riferito all'anno 2012, fornisce quattro diverse rappresentazioni che riassumono con efficacia la situazione, i risultati conseguiti e i possibili obiettivi di programmazione nelle varie realtà regionali (Grafico 2):

1. le regioni che associano un TSD superiore ed una percentuale di utilizzo del DH inferiore alla mediana. Queste regioni esprimono situazioni in controtendenza rispetto alle indicazioni normative. L'uso improprio ed esteso del regime di RO dovrebbe, innanzitutto, essere contrastato con un migliore utilizzo del DH, parallelamente ad azioni dirette a contenere la domanda di ricovero e a ridurre l'eccesso di ospedalizzazione attraverso il potenziamento dei servizi diagnostici ed assistenziali distrettuali. Presentano questa situa-

zione 3 regioni (PA di Bolzano, Puglia e Sardegna);
 2. regioni che si posizionano nell'area caratterizzata da TSD e percentuale di utilizzo del DH superiori alla mediana ed esprimono un sovra utilizzo delle strutture di ricovero, soprattutto diurno, che potrebbe denotare una scarsa offerta e/o accessibilità alla rete dei servizi ambulatoriali. Lazio, Liguria, Campania, Molise, Calabria, Sicilia e Basilicata (quest'ultima presenta un TSD complessivo vicino alla mediana) registrano un andamento in tal senso. In queste regioni andrebbe posta particolare attenzione, oltre che alla riduzione della domanda di ricovero, all'effettiva utilità ed appropriatezza d'uso del DH;
 3. regioni con TSD inferiori e una percentuale di utilizzo del DH superiore ai rispettivi valori mediani. Si collocano in questo quadrante, che esprime un ricorso minimo al RO per il set dei DRG medici a rischio di inappropriatezza ed un ampio utilizzo del DH e dei servizi extradegenza, il Piemonte, la Valle d'Aosta, la Toscana, la Marche e l'Abruzzo. Questa situazione è teoricamente ottimale rispetto alle indicazioni normative.

4. regioni che presentano un TSD ed una percentuale di DH inferiore alla mediana.

Le azioni intraprese in queste regioni (PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Emilia-Romagna e Umbria) dimostrano come sia possibile adottare efficaci politiche di contrasto del fenomeno dell'inappropriatezza dei ricoveri contrastando anche un inappropriato ed eccessivo utilizzo del DH attraverso l'individuazione di percorsi diagnostici terapeutici extradegenza e l'attivazione di modelli organizzativi alternativi al DH (attivazione di DS e/o la definizione di pacchetti di prestazioni ambulatoriali).

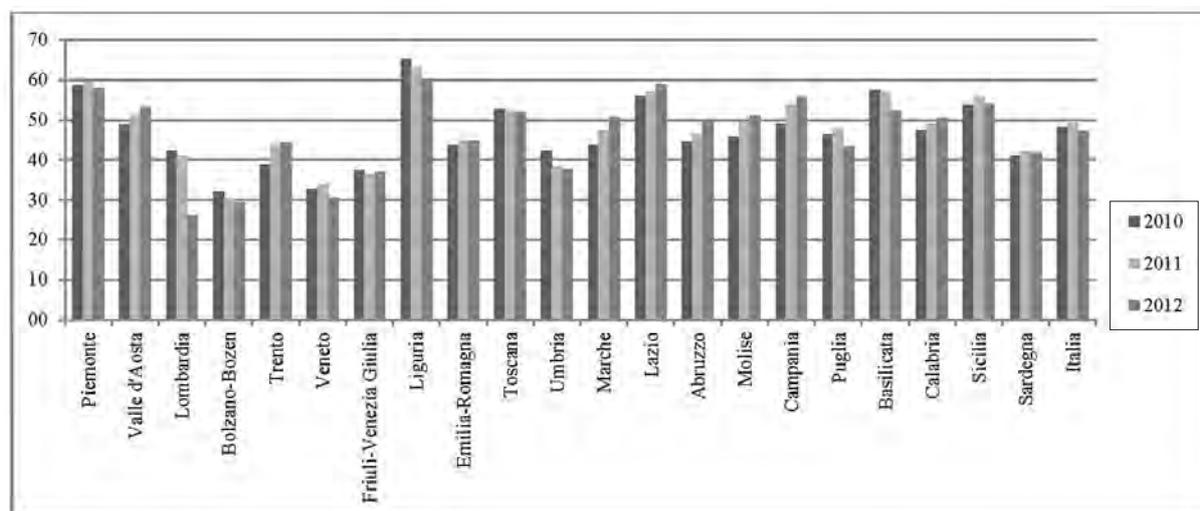
Purtroppo, le lacune informative ancora esistenti riguardo alla rilevazione delle attività ambulatoriali, costituiscono un limite per un'oggettiva ed esaustiva valutazione delle azioni rivolte in questa direzione.

In conclusione, il Grafico 2 mostra la presenza di un trend geografico, con buona parte delle regioni del Nord e del Centro collocate nei due quadranti inferiori, mentre la PA di Bolzano, la Liguria ed il Lazio insieme a tutte le regioni meridionali, ad eccezione dell'Abruzzo, collocate nei due quadranti superiori.

Tabella 1 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inappropriatezza per regione - Anni 2010-2012

Regioni	2010	2011	2012
Piemonte	58,6	59,5	57,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	48,8	51,2	53,4
Lombardia	42,2	41,0	26,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>32,1</i>	<i>30,6</i>	<i>29,5</i>
<i>Trento</i>	<i>38,8</i>	<i>43,7</i>	<i>44,3</i>
Veneto	32,8	33,7	30,5
Friuli Venezia Giulia	37,4	36,3	36,9
Liguria	65,0	62,9	60,2
Emilia-Romagna	43,6	44,8	44,8
Toscana	52,7	52,5	51,9
Umbria	42,4	38,4	37,7
Marche	43,7	47,4	50,6
Lazio	55,9	57,1	58,9
Abruzzo	44,5	46,7	50,0
Molise	45,7	49,6	51,1
Campania	49,1	53,6	55,7
Puglia	46,4	47,6	43,3
Basilicata	57,4	56,7	52,4
Calabria	47,4	48,9	50,3
Sicilia	53,6	55,7	54,0
Sardegna	40,9	42,4	41,9
Italia	48,1	49,2	47,3

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Grafico 1 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inappropriatezza per regione - Anni 2010-2012

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Tabella 2 - Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per DRG medici a rischio di inappropriatezza per regime di ricovero e regione - Anni 2010-2012

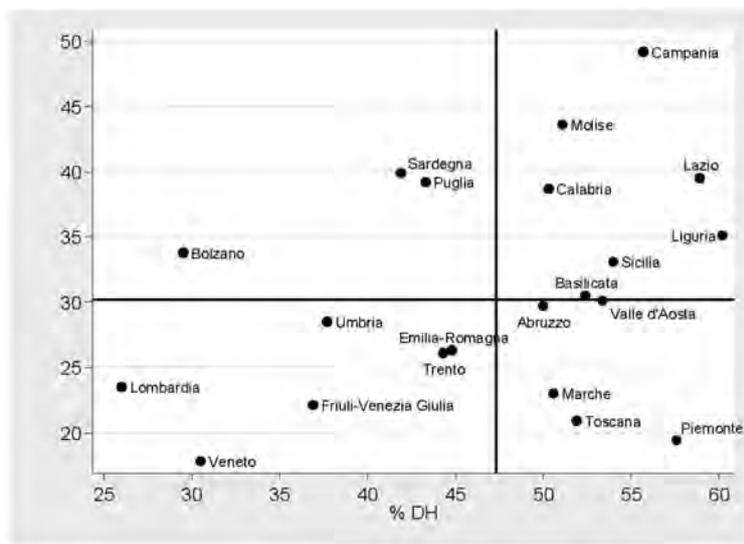
Regioni	2010			2011			2012*		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	9,0	11,5	20,5	9,1	13,3	22,4	8,3	11,2	19,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	12,3	11,4	23,7	14,4	14,8	29,2	14,2	15,9	30,1
Lombardia	18,0	13,8	31,8	19,1	13,2	32,4	17,4	6,1	23,5
Bolzano-Bozen	25,6	12,5	38,1	25,6	10,9	36,4	24,0	9,8	33,8
Trento	17,0	10,5	27,5	15,7	12,1	27,8	14,6	11,5	26,1
Veneto	13,3	6,2	19,5	13,2	6,7	19,9	12,4	5,4	17,8
Friuli Venezia Giulia	12,1	7,7	19,9	14,0	8,3	22,3	13,7	8,4	22,1
Liguria	14,7	27,3	42,0	14,7	25,8	40,5	13,7	21,3	35,1
Emilia-Romagna	13,9	10,3	24,2	15,0	12,4	27,5	14,4	11,9	26,3
Toscana	11,0	11,5	22,6	11,1	12,7	23,7	9,9	11,0	20,9
Umbria	17,7	14,0	31,8	19,3	12,4	31,7	17,6	10,9	28,5
Marche	13,4	10,1	23,6	13,2	12,1	25,3	11,3	11,7	23,0
Lazio	19,2	23,3	42,5	17,8	23,5	41,3	16,3	23,2	39,5
Abruzzo	21,1	13,8	34,9	17,8	15,8	33,6	14,8	14,9	29,7
Molise	27,1	23,3	50,4	24,5	24,5	49,0	21,1	22,5	43,6
Campania	30,2	27,4	57,6	24,6	27,6	52,2	22,2	27,0	49,2
Puglia	27,8	12,5	40,3	25,5	23,2	48,7	22,2	16,9	39,2
Basilicata	17,8	21,2	39,0	16,7	22,1	38,8	14,4	16,1	30,5
Calabria	25,4	19,9	45,3	23,0	22,0	45,0	19,3	19,4	38,7
Sicilia	19,6	24,1	43,7	17,1	21,5	38,6	15,3	17,8	33,1
Sardegna	23,7	16,6	40,4	26,1	18,9	45,0	23,3	16,6	39,9
Italia	18,4	16,0	34,4	17,6	17,0	34,6	15,9	14,3	30,2

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2011.

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1° gennaio 2012.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Grafico 2 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital e tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per DRG medici a rischio di inappropriata per regione - Anno 2012



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

Dopo l'emanazione del DPCM del 29 novembre 2001, quasi tutte le regioni hanno definito i valori soglia di ammissibilità dei RO per i 26 DRG medici che l'allegato 2C considerava ad "alto rischio di inappropriata", in coerenza con gli obiettivi nazionali e con il contesto organizzativo regionale di riferimento. Le politiche attuate hanno permesso di conseguire un generale miglioramento dell'appropriatezza d'uso delle strutture di ricovero, sebbene con notevoli differenze tra il Nord ed il Sud (Rapporto Osservasalute 2010). I nuovi obiettivi posti dal Patto per la Salute 2010-2012, che ha ampliato sensibilmente il set dei DRG "potenzialmente inappropriati" se erogati in regime di RO, impongono ulteriori strategie d'intervento ed azioni in grado sia di estendere i risultati conseguiti al nuovo set di DRG individuati, sia di superare le inerzie registrate in alcune aree del Paese. Gli interventi attuabili sono riconducibili ad alcune fondamentali categorie: gli abbattimenti tariffari dei DRG in elenco, l'adozione di efficaci sistemi di controllo esterno, la ridefinizione da parte delle singole regioni delle soglie di ammissibilità in RO e l'eventuale disincentivazione economica degli erogatori in caso di superamento delle stesse, il potenziamento dei servizi del livello distrettuale, la definizione e lo sviluppo di percorsi per trasferire attività e prestazioni specialistiche complesse tipiche dei DRG considerati in un contesto di extradegenza ospedaliera (ambulatorio e DS). A tale riguardo, lo stesso dispo-

sitivo del Patto per la Salute stabilisce che "...nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le Regioni e le PA provvedono a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari ed adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale...". Occorre, peraltro, continuare a promuovere azioni mirate alla generale riduzione dei ricoveri ospedalieri agendo sia sul fronte della regolazione della domanda che sulla struttura dell'offerta.

Le regioni che hanno agito in tal senso, e che oggi registrano TSD molto bassi, hanno aperto un nuovo fronte che pone al centro dei percorsi diagnostici e terapeutici anche la scelta del *setting* clinico-assistenziale più appropriato per la complessità delle prestazioni da erogare.

Tali evidenze suggeriscono che, per rendere più robuste le valutazioni a livello delle singole regioni, sarebbe opportuno considerare anche il tasso di dimissione al netto dei ricoveri di 1 giorno in RO, valutare meglio la natura di tali accessi, per lo più diagnostici, ed avviare, anche solo localmente, rilevazioni omogenee sulle quantità e sulle tipologie di prestazioni specialistiche ambulatoriali che hanno dimostrato di avere un impatto positivo sul fronte dell'appropriatezza dei ricoveri. In termini di programmazione, occorre che sia concretamente recepita e perseguita l'indicazione sull'appropriatezza dell'ospedalizzazione stabilita nel Patto per la Salute 2010-2012.

Ospedalizzazione con DRG medici da reparti chirurgici

Significato. Già incluso fra gli indicatori di appropriatezza dal DM del 12 dicembre 2001 e ripreso dal Patto per la Salute 2010-2012 (1), questo indicatore misura la quota di pazienti ricoverati e dimessi da un reparto chirurgico ospedaliero in cui si eseguono pro-

cedure diagnostiche e terapeutiche che non esitano in un intervento operatorio. Di seguito saranno illustrati e descritti i dati regionali registrati dal 2010 al 2012. Per la serie storica, dal 2006 al 2012, si rimanda alla tabella presente in Appendice.

Percentuale di dimessi con DRG medici da reparti chirurgici

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore Dimissioni ospedaliere da reparti chirurgici con DRG medici

 Denominatore Dimissioni ospedaliere da reparti chirurgici

Validità e limiti. In associazione ad altri indicatori dell'assistenza ospedaliera (tasso di ospedalizzazione, tasso di utilizzo delle strutture etc.), l'indicatore consente di misurare l'appropriato utilizzo dei reparti chirurgici ed è in grado di fornire indicazioni utili per valutare la corretta programmazione dell'offerta ospedaliera, in termini sia di corretto dimensionamento delle Unità Operative (UO) di degenza afferenti alle aree delle discipline mediche e chirurgiche, sia di adeguata definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici, intra ed extraospedalieri. Una quota di pazienti dimessi da reparti chirurgici con DRG medici è fisiologica e non del tutto eliminabile in quanto, anche a seguito di un corretto percorso assistenziale e di un idoneo inquadramento diagnostico, l'evoluzione delle condizioni cliniche di alcuni pazienti è variabile e potrebbe rendere non più necessario un intervento chirurgico precedentemente previsto. Inoltre, se l'indicatore risulta sufficientemente robusto quando si confrontano reparti della medesima disciplina inseriti in contesti ospedalieri omogenei per missione e dimensionamento, la valutazione e l'interpretazione richiedono opportune cautele quando l'indicatore è analizzato su singole UO chirurgiche, ove si rende necessaria un'adeguata analisi dello specifico contesto clinico assistenziale. Nel nostro caso, il confronto su base regionale consente di avere un quadro abbastanza omogeneo e preciso circa l'appropriato utilizzo dell'insieme dei reparti chirurgici anche se, per una corretta interpretazione dei risultati, è bene tenere conto delle possibili variabili. Tra queste si devono considerare particolari situazioni organizzative, come per gli ospedali di piccole dimensioni in cui le attività dei Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione (DEA) non sono ancora del tutto strutturate, in cui non sono attivate le funzioni di *triage*, le Unità di Osservazione Breve nei Pronto Soccorso (PS), o ancora casi in cui non sono stati definiti adeguati Percorsi Diagnostico Terapeutici per alcune patologie *borderline* tra competenze di tipo internistico e chirurgico (ad esempio colica renale, dolore addominale etc.). In questa eventualità, le UO chirurgiche sono spesso obbligate a farsi carico direttamente, anche in regime di degenza ordinaria, dell'*iter* diagno-

stico di molteplici quadri patologici che non esiteranno necessariamente in una terapia chirurgica.

Valore di riferimento/Benchmark. L'allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 prevede come benchmark il valore medio registrato nelle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza. In questa sede riteniamo che il valore medio delle 3 regioni con migliore *performance* (intorno al 24%) possa fornire una misura concreta dei risultati che è possibile raggiungere agendo sulla programmazione della struttura dell'offerta e su modelli organizzativi delle attività ospedaliere più efficienti ed attenti all'appropriato utilizzo delle risorse.

Descrizione dei risultati

La Tabella 1 ed il Grafico 1 mostrano che la proporzione nazionale di dimissioni da reparti chirurgici con un DRG medico, in diminuzione costante da alcuni anni, anche nel periodo 2010-2012 ha subito una sensibile riduzione (dal 33,3% al 30,8%). Dal confronto nel periodo considerato, emerge che tutte le regioni, ad eccezione della Liguria, hanno diminuito il valore dell'indicatore dal dato registrato nel 2010; questa riduzione è stata più marcata nelle regioni che presentavano valori di partenza superiori alla media, in particolare in quelle meridionali e nella PA di Trento. Infatti, la variabilità regionale, nel triennio considerato, si è ridotta passando da un *range*, nel 2010, compreso tra il 24,7% e il 48,3%, ad un *range* nel 2012 compreso tra il 24,1% e il 43,0%.

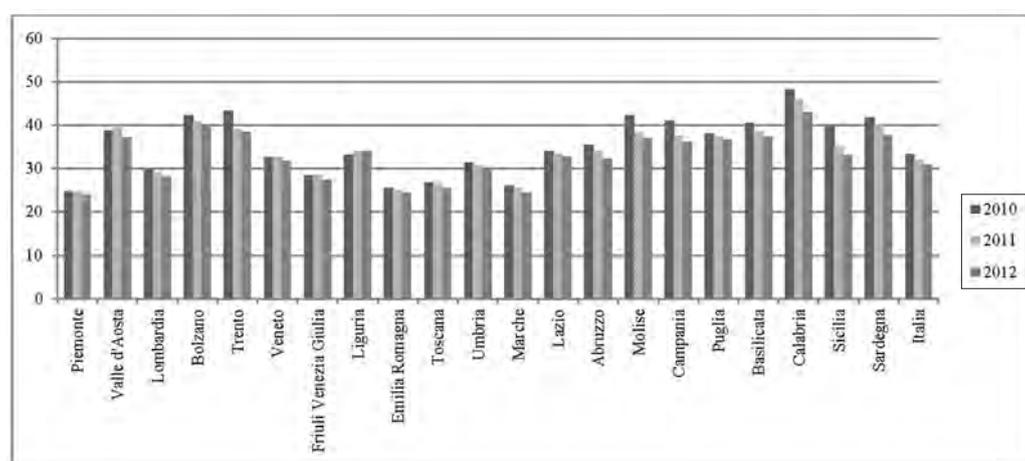
Per tutti e 3 gli anni considerati i valori percentuali più bassi e più elevati si sono registrati, rispettivamente, in Piemonte e Calabria.

Nonostante questo miglioramento, tutte le regioni del Sud e le Isole continuano a presentare ancora valori elevati, in particolare se confrontati con quelli di tutte le regioni del Centro, ad eccezione del Lazio. Tra le regioni del Nord, Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia ed Emilia-Romagna, registrano percentuali più basse del valore nazionale.

Tabella 1 - Percentuale di dimissioni con DRG medici da reparti chirurgici per regione - Anni 2010-2012

Regioni	2010	2011	2012
Piemonte	24,7	24,8	24,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	38,7	39,4	37,2
Lombardia	29,8	29,0	28,3
Bolzano-Bozen	42,4	41,0	40,2
Trento	43,4	39,2	38,5
Veneto	32,7	32,6	31,7
Friuli Venezia Giulia	28,4	28,3	27,3
Liguria	33,2	34,0	34,0
Emilia-Romagna	25,5	24,9	24,3
Toscana	26,9	26,5	25,3
Umbria	31,3	30,7	29,9
Marche	25,9	25,3	24,3
Lazio	34,0	33,4	32,7
Abruzzo	35,4	34,1	32,2
Molise	42,3	38,2	37,1
Campania	41,1	37,6	36,2
Puglia	38,0	37,4	36,7
Basilicata	40,5	38,6	37,3
Calabria	48,3	45,9	43,0
Sicilia	39,9	35,1	33,2
Sardegna	41,8	40,2	37,7
Italia	33,3	31,9	30,8

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Grafico 1 - Percentuale di dimissioni con DRG medici da reparti chirurgici per regione - Anni 2010-2012

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'estrema variabilità regionale dell'indicatore suggerisce che diversi interventi possano essere messi in atto per ridurre questo fenomeno, in particolare nelle regioni in cui il dato percentuale registrato è più elevato. Gli interventi da porre in atto per migliorare la situazione rilevata devono essere orientati ad un migliore dimensionamento dei reparti chirurgici, all'individuazione di aree di degenza omogenee organizzate per intensità di cure, al potenziamento dei DEA, alla qualificazione

del *Triage* clinico ed all'istituzione di Unità di Osservazione Breve nei PS. Inoltre, non devono essere trascurate le azioni volte alla definizione di percorsi diagnostico terapeutici che dovrebbero prevedere, sia per i ricoveri in urgenza che per quelli in elezione, l'ammissione in un reparto chirurgico solo dei pazienti con una precisa indicazione all'intervento. La marcata riduzione registrata in alcune realtà regionali conferma che tali interventi sono risultati, ove applicati, efficaci.

Ospedalizzazione di patologie ad elevato impatto sociale

Significato. 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: le caratteristiche socio-economiche e demografiche dei pazienti, le attitudini dei professionisti ed il contesto istituzionale e organizzativo. In particolare, un'elevata variabilità del tasso d'intervento per una specifica procedura può essere dovuta, oltre che alla prevalenza della patologia di interesse nel contesto di riferimento, alla difficoltà da parte del paziente di scegliere fra le varie opzioni di trattamento, alla mancanza di un ele-

vato consenso professionale circa le scelte terapeutiche e alla presenza di disuguaglianze nell'accesso alle cure riconducibili ai servizi sanitari (1).

Evidenziando situazioni di potenziale sovra/sotto utilizzo delle tre procedure, la variabilità geografica può fornire indicazioni sulla dimensione dell'offerta, su eventuali limitazioni nell'accesso ai servizi e indirettamente su fenomeni di inappropriata organizzativa. Sono descritti i tassi di ospedalizzazione nella popolazione anziana (>65 anni) relativi alle seguenti procedure: interventi per protesi di anca, angioplastica coronarica e bypass coronarico.

*Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici per protesi d'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".

** Rispetto all'indicatore inserito nel Rapporto annuale sull'attività di ricovero della banca dati SDO (anno 2011) sono stati inclusi anche gli interventi di revisione della protesi d'anca (codici ICD-9-CM 0070, 0071, 0072).

Validità e limiti. Le tre procedure proposte sono state incluse dall'Intesa Stato-Regioni del 18 ottobre 2010 nel Piano Nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012 (2). I risultati devono, perciò, essere interpretati tenendo conto che, sulla base delle indicazioni normative fornite, alcune regioni potrebbero aver rivisto le modalità di codifica di tali procedure 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. Per questa ragione si è scelto di considerare solo la popolazione anziana senza procedere, però, ad ulteriori standardizzazioni per età e per genere e di questo bisogna tener conto nella valutazione dei dati.

I tassi sono calcolati per regione di residenza, quindi i risultati indicano i trend dei consumi di tali procedure

chirurgiche da parte dei cittadini di una data regione indipendentemente dal luogo di erogazione delle prestazioni.

Un limite nell'interpretazione dei risultati è dovuto al fatto che la variabilità può essere in parte riconducibile alle differenze di incidenza e prevalenza delle patologie di interesse in particolari ambiti geografici.

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

Descrizione dei risultati

Nel 2012, il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere nazionale nella popolazione anziana per intervento per protesi di anca (Tabella 1) è pari al 596,8

per 100.000. L'indicatore mostra un lieve incremento rispetto al 2010 (587,0 per 100.000) e al 2011 (585,5 per 100.000). Per questa procedura si evidenzia un'elevata variabilità regionale con un *range* che va dal 362,2 (per 100.000) della Sardegna al 947,4 (per 100.000) della Valle d'Aosta e un netto gradiente Nord-Sud. Si registrano tassi sopra il valore nazionale in tutte le regioni settentrionali e centrali (ad eccezione delle Marche e del Lazio), mentre valori al di sotto del dato nazionale in tutte le regioni meridionali.

Considerando i trend regionali nel triennio 2010-2012 il tasso presenta un significativo aumento in Molise, Abruzzo, Calabria e Lazio, regioni che registravano valori molto inferiori al valore nazionale nel 2010 e in Valle d'Aosta, dove al contrario il tasso era già elevato all'inizio del triennio. Il tasso si riduce in modo più marcato nella PA di Trento, Friuli Venezia Giulia, Liguria e Toscana, regioni che presentavano all'inizio del triennio valori elevati rispetto al dato nazionale (Tabella 1).

Il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere nella popolazione anziana per interventi chirurgici per bypass coronarico (Tabella 2) si assesta, nel 2012, a 121,7 per 100.000, con un trend in discesa rispetto al 2010 e 2011 (rispettivamente, 133,8 e 124,6 per 100.000). Per questa procedura non si evidenzia un gradiente geografico, ma una consistente variabilità regionale che varia da un minimo di 79,9 (per 100.000) nella PA di Bolzano a un massimo di 156,3 (per 100.000) in Friuli Venezia Giulia. Analizzando i

singoli trend regionali nell'arco dei 3 anni in esame (2010-2012), il Molise si distingue per il massimo decremento rispetto ai valori del 2010 (da 179,5 a 128,0 per 100.000), mentre riduzioni altrettanto significative si registrano anche in Lombardia, Toscana e Piemonte. Si caratterizzano, invece, per un trend in aumento Valle d'Aosta e PA di Trento.

Il terzo indicatore in esame si riferisce al tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere nella popolazione anziana per angioplastica coronarica. Il valore nazionale si attesta per il 2012 (Tabella 3) a 579,2 per 100.000, in sensibile aumento rispetto al dato del 2010 (520,4 per 100.000). Come per gli altri indicatori precedentemente menzionati, anche in questo caso vi è una considerevole variabilità regionale nei tassi: il *range* varia, infatti, da un 338,6 (per 100.000) del Friuli Venezia Giulia a 740,2 (per 100.000) della Valle d'Aosta.

La variabilità considerata per le singole regioni dal 2010 al 2012 tende ad aumentare in modo significativo in Valle d'Aosta, PA di Trento, Abruzzo e Calabria, mentre si riduce nettamente in Liguria, Toscana ed Emilia-Romagna. Da segnalare la variazione della Sicilia che in un solo anno (tra il 2010 e il 2011) passa da 24,2 a 605,8 interventi per 100.000 (Tabella 3).

Tale variazione è, probabilmente, dovuta a un cambiamento nella codifica della procedura in seguito alle indicazioni fornite dal Piano Nazionale liste di attesa 2010-2012 (2).

Tabella 1 - Tasso standardizzato (per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per protesi di anca per regione - Anni 2010-2012

Regioni	2010	2011	2012
Piemonte	622,1	641,7	638,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	901,0	873,1	947,4
Lombardia	633,8	635,9	660,9
Bolzano-Bozen	865,5	865,8	863,9
Trento	812,5	762,1	770,0
Veneto	734,7	714,1	719,9
Friuli Venezia Giulia	845,5	823,8	820,5
Liguria	678,6	645,8	654,3
Emilia-Romagna	683,0	673,6	676,0
Toscana	666,2	635,8	635,5
Umbria	584,6	578,3	605,1
Marche	560,8	598,1	586,2
Lazio	523,7	538,0	574,4
Abruzzo	526,8	566,9	564,9
Molise	407,5	459,8	481,6
Campania	444,4	447,0	453,9
Puglia	494,2	491,4	481,6
Basilicata	446,4	401,0	455,3
Calabria	383,5	402,1	438,4
Sicilia	452,4	445,3	463,2
Sardegna	351,6	366,9	362,2
Italia	587,0	585,5	596,8

Tabella 2 - Tasso standardizzato (per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per bypass coronarico per regione - Anni 2010-2012

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

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Tabella 3 - Tasso standardizzato (per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per angioplastica coronarica per regione - Anni 2010-2012

Regioni	2010	2011	2012
Piemonte	669,9	666,5	685,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	428,0	634,3	740,2
Lombardia	686,7	700,6	702,6
Bolzano-Bozen	481,7	466,5	460,0
Trento	372,7	480,6	484,2
Veneto	499,8	485,5	496,8
Friuli Venezia Giulia	346,2	326,9	338,6
Liguria	510,8	478,3	453,1
Emilia-Romagna	672,5	647,2	637,2
Toscana	594,0	543,9	549,8
Umbria	561,6	550,5	547,6
Marche	289,4	372,4	346,9
Lazio	574,9	510,5	607,9
Abruzzo	299,9	297,5	382,1
Molise	421,7	365,6	464,4
Campania	554,6	599,0	628,7
Puglia	588,1	571,8	571,8
Basilicata	442,2	433,1	433,4
Calabria	299,2	425,7	428,8
Sicilia	24,2	605,8	628,5
Sardegna	374,2	383,5	397,7
Italia	520,4	561,8	579,2

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

Analizzando i tassi di dimissioni ospedaliere per intervento chirurgico per alcune procedure particolarmente frequenti e di riconosciuta efficacia nell'anziano, i tre indicatori descritti rivelano una fortissima variabilità regionale.

A tale riguardo è opportuno sottolineare che gli indica-

tori misurano la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dai servizi sanitari, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle inappropriate e, inoltre, non consentono di analizzare la domanda "insoddisfatta" dovuta, in taluni contesti, alla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie e, comunque, rappresentativa di un bisogno di salute della popolazione.

Per garantire equità di accesso e sicurezza delle prestazioni erogate, 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 amplificare 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 fattori diversi: per le protesi di anca, ad esempio, la letteratura riporta un'associazione proporzionalmente inversa con situazioni di svantaggio socio-economico e di deprivazione e sarebbe, quindi, auspicabile nelle regioni in cui si registrano basse *performance* attuare interventi volti a migliorare l'equità nell'accesso ai servizi (1) oppure, in coerenza con quanto detto sopra, contrastare fenomeni di eventuale sovra utilizzo della procedura. 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 potreb-

be essere correlata anche alla struttura dell'offerta (disponibilità di adeguate strutture specialistiche), al comportamento dei clinici rispetto alle indicazioni di eleggibilità previste dalle Linee Guida per i quadri patologici considerati (1) o ancora più semplicemente, alle diverse modalità di codifica per tali procedure che variano nel tempo e tra regione e regione.

Anche la lettura complementare dei tassi di angioplastica coronarica e bypass coronarico (Tabelle 2 e 3) può fornire ulteriori elementi di discussione per studiare il fenomeno della variabilità interna regionale, soprattutto se considerata nell'arco temporale dei 3 anni. Infatti, la riduzione del tasso di bypass coronarico (nazionale e regionale) potrebbe essere in parte correlato all'aumento del tasso di intervento per angioplastica. Alla luce di queste considerazioni, sarebbe opportuno incentivare le regioni che presentano gli scostamenti più elevati a valutare in dettaglio i fenomeni ed eventualmente a promuovere una migliore adesione all'appropriatezza clinica e 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.

Percentuale di interventi per frattura del collo del femore

Significato. L'indicatore fornisce indicazioni sulla tempestività della risoluzione chirurgica delle fratture di collo di femore nella popolazione *over* 65 anni. La frattura del collo del femore è un evento frequente tra la popolazione anziana ed è spesso causa di peggioramento della qualità di vita, di disabilità e/o mortalità. Diversi studi hanno dimostrato che una lunga attesa per l'intervento corrisponde ad un rischio più elevato di mortalità e di disabilità del paziente, a complicanze più frequenti legate all'intervento e ad una minore efficacia della fase riabilitativa. Le Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 ore o addirittura 24-36 ore dall'ingresso in ospedale (1-3). Uno studio condotto in Italia e pubblicato nel 2010 evidenzia come la mortalità a 30 giorni per i pazienti di 65 anni ed oltre sottoposti a intervento per frattura di femore sia due volte superiore nei pazienti operati dopo la seconda giornata di degenza rispetto ai pazienti operati entro 2 giorni, al netto dei fattori confondenti (età, genere e condizioni cliniche del paziente) (4).

Il tempo di attesa per intervento per frattura di femore è considerato, quindi, uno dei principali indicatori *proxy* della qualità della gestione clinica e della presa

in carico del paziente stesso. Unità operative o strutture ospedaliere che presentano tempi di attesa ridotti per interventi per frattura del collo del femore hanno, probabilmente, messo in campo dei modelli di gestione efficaci, non solo nella fase di accesso e preoperatoria, ma anche nelle fasi successive all'intervento (ad esempio riabilitativa), con possibili ricadute positive complessive sugli esiti clinici. La percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro le 48 ore dal ricovero per pazienti di 65 anni ed oltre viene monitorata a livello internazionale dall'*Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD). Tale monitoraggio mostra che in Paesi come la Danimarca e la Svezia, nel 2009, il valore dell'indicatore è superiore al 90%, mentre in Paesi come l'Italia e la Spagna continua ad essere inferiore o poco superiore al 40% (5). A livello nazionale l'indicatore, senza la variabile relativa all'età, è tra quelli inseriti nel *set* di indicatori di appropriatezza di cui all'allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 del dicembre 2009 (6).

Di seguito saranno illustrati e descritti in dettaglio il trend del valore nazionale dal 2001 al 2012 e i dati regionali registrati dal 2010 al 2012.

Percentuale di interventi per frattura del collo del femore

Numeratore	Dimissioni ospedaliere (età >65 anni) con diagnosi principale di frattura del collo del femore che abbiano subito l'intervento entro 2 giorni (48 ore) dal ricovero	
		x 100
Denominatore	Dimissioni ospedaliere (età >65 anni) con diagnosi principale di frattura del collo del femore	

Validità e limiti. Alla luce delle evidenze scientifiche, il tempo d'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 una quota variabile di pazienti non potrà essere operata entro le 48 ore perché, in presenza di comorbidità e/o complicanze cliniche, potrebbe richiedere più tempo per la stabilizzazione. Nei risultati sono inclusi i ricoveri per acuti in regime di Ricovero Ordinario (RO), 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 rappresentato 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.

Valore di riferimento/Benchmark. La letteratura non fornisce valori di riferimento univoci nonostante esista accordo che la quasi totalità dei pazienti sia sottoposta all'intervento il prima possibile. La *Scottish Hip Fracture Audit* suggerisce come ragionevole obiettivo di operare entro 1 giorno dall'ammissione il 93% dei pazienti ricoverati per frattura del collo del femore (6). L'allegato 2 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 prevede come benchmark il valore medio registrato nelle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza (5). 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 70%).

Descrizione dei risultati

Il valore nazionale della percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti in pazienti di 65 anni e oltre entro 2 giorni dal ricovero si è mantenuto pressoché

costante dal 2001 al 2008 (tra il 31,2% e il 32,5%), mentre dal 2009 ha subito un rapido incremento, come mostrato dal Grafico 1, passando dal 33,6% del 2009 al 44,7% del 2012. In particolare, l'incremento più consistente si è avuto nell'ultimo anno in analisi, in cui la percentuale nazionale è passata dal 37,7% del 2011 al 44,7% del 2012 (Grafico 1 e Tabella 1).

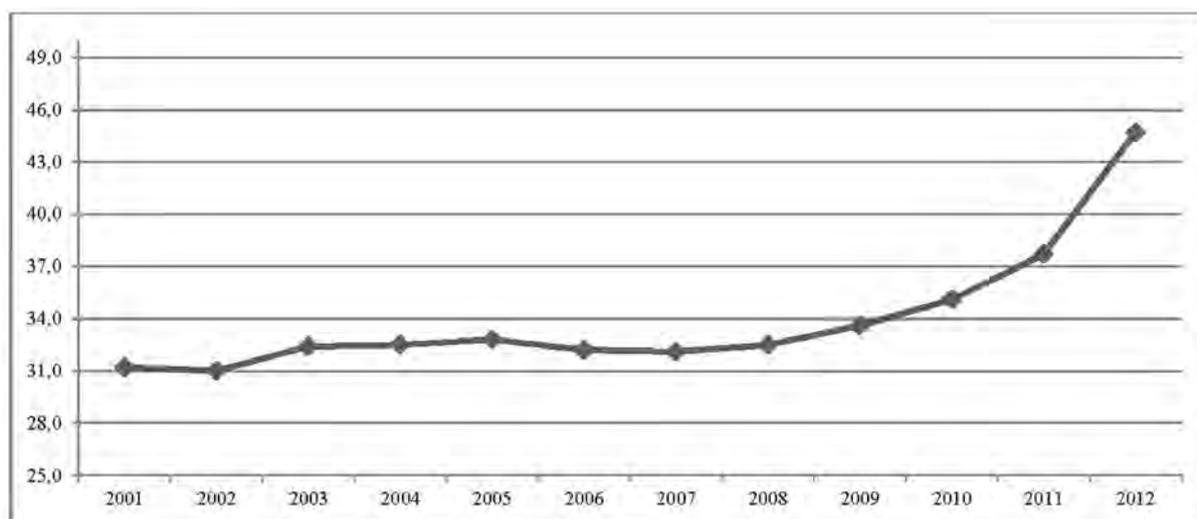
Nel 2012, il valore dell'indicatore considerato presenta ancora una marcata variabilità regionale che va dal 13,8% del Molise all'82,8% della PA di Bolzano. Le regioni che presentano un valore sensibilmente superiore al dato nazionale sono, oltre alla PA di Bolzano, la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, il Veneto, l'Emilia-Romagna, la Toscana, le Marche e la Sicilia. Hanno un valore lievemente superiore al dato nazionale il Piemonte e la Lombardia. Registrano un valore al di sotto del valore nazionale la PA di Trento, la

Liguria, l'Umbria, il Lazio e tutte le regioni meridionali ad eccezione della Sicilia.

La percentuale di interventi eseguiti entro 2 giorni dal ricovero ha registrato un aumento, tra il 2010 e il 2012 (Tabella 1 e Grafico 2), in 17 regioni. Le regioni con l'aumento più marcato sono state il Piemonte, l'Emilia-Romagna, la Toscana, il Lazio, la Puglia, la Basilicata, la Calabria e la Sicilia. Quest'ultima regione ha presentato l'incremento più elevato passando dal 16,1% del 2010 al 55,6% del 2012 (tale miglioramento potrebbe essere interpretato come il risultato dell'adozione di appropriate misure organizzative).

Nel triennio considerato la percentuale si è lievemente ridotta nella PA di Bolzano, in Liguria e nelle Marche, mentre la riduzione è stata più marcata in Molise, regione che presentava già un valore inferiore al dato nazionale.

Grafico 1 - Percentuale di pazienti operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore - Anni 2001-2012

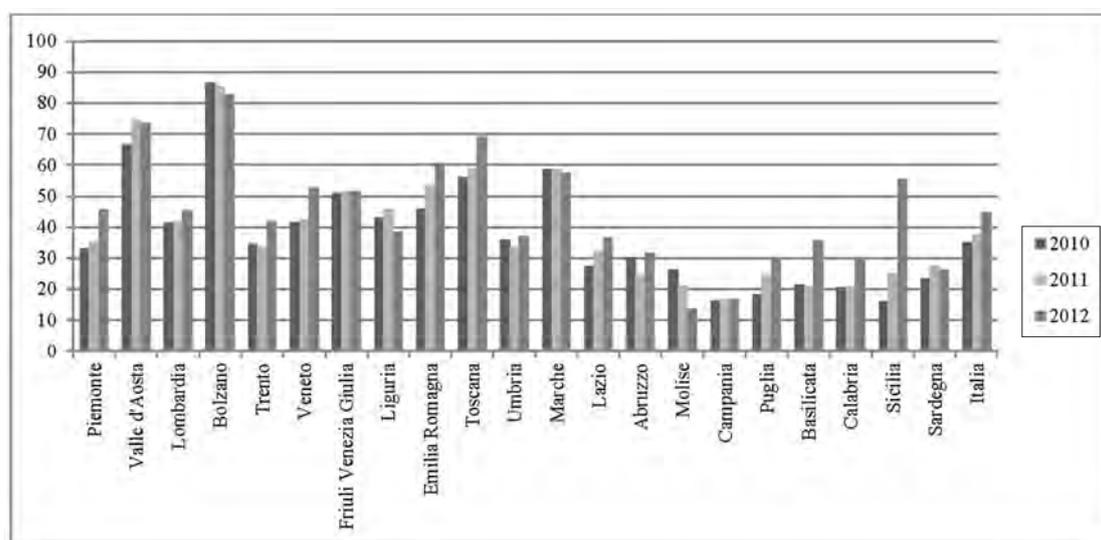


Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Tabella 1 - Percentuale di pazienti operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2010-2012

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

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Grafico 2 - Percentuale di pazienti operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2010-2012

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati mostrano che la percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni per pazienti di 65 anni ed oltre, negli ultimi 3 anni, ha subito un incremento, in particolare in determinate regioni.

Questi miglioramenti evidenziano come sia possibile, attraverso l'adozione di appropriate misure organizzative, incrementare la *performance* anche nel breve periodo.

L'aumento della percentuale di interventi registrato a livello nazionale e in alcune regioni può essere in parte spiegato dalla rilevanza che ha assunto questo indicatore nei vari sistemi di monitoraggio e valutazione della *performance* dei servizi sanitari (Piano Nazionale Esiti e Sistema di Valutazione della *Performance* della Regione Toscana) e dall'attenzione che i media hanno riservato a tali problematiche. Nonostante l'incremento dei valori percentuali, i risultati di quasi tutte le regioni rimangono piuttosto bassi

rispetto alle *performance* di altri Paesi occidentali e alle raccomandazioni presenti in letteratura.

Le cause del ritardo dell'intervento per frattura del collo del femore possono essere cliniche, legate alle condizioni del paziente oppure organizzative in relazione alla disponibilità di sale operatorie e di sedute 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 riguardano, pertanto, sia l'ambito clinico che quello organizzativo.

Dal punto di vista clinico è possibile prevedere le principali caratteristiche cliniche (anemia, disidratazione, iperglicemia etc.) dei pazienti anziani con frattura del femore e mettere in campo appropriate misure per stabilizzare il paziente in breve tempo (3).

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 fratturato (percorso ortogeriatrico) dal primo soccorso alla riabilitazione e che preveda un

approccio integrato e coordinato tra più specialisti e professionisti (anestesista, internista, chirurgo, fisiatra, infermiere e fisioterapista).

Riferimenti bibliografici

- (1) Acute management and immediate rehabilitation after hip fracture amongst people aged 65 years and over. Wellington, NZ: New Zealand Guidelines Group, June 2003.
- (2) Management of hip fracture in older people. A National clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guideline Network. June 2009.
- (3) The management of hip fracture in adults. National clinic Guideline Centre. 2011.
- (4) 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.
- (4) Health Care Quality Indicators, OECD. Disponibile sul sito: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_S TAT.
- (5) 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.
- (6) 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.

Posti letto ospedalieri per tipologia di attività e regime di ricovero

Significato. Fino ai primi anni 2000, la dotazione di Posti Letto (PL), insieme al Tasso di Dimissioni ospedaliere (TD), ha costituito l'ossatura delle indicazioni normative nazionali in tema di programmazione sanitaria. Parallelamente, i PL sono stati ampiamente utilizzati come riferimento e denominatore per il calcolo di molti indicatori di *performance* ospedaliera. Oggi il significato del parametro PL è alquanto ridimensionato, in quanto l'evoluzione del sistema informativo consente di misurare in modo più specifico e dettagliato le caratteristiche dell'offerta e le *performance* del sistema ospedaliero. Tuttavia, il tasso di PL per 1.000 abitanti rappresenta ancora un indicatore normativo utilizzato per pianificare e misurare la struttura dell'offerta ospedaliera di un determinato ambito geografico (nazionale, regionale e locale). A livello nazionale, le indicazioni contenute in atti normativi e di pianificazione degli ultimi anni, in coerenza con i trend registrati in tutti i Paesi sviluppati, hanno progressivamente ridotto il valore di riferimento per que-

sto indicatore. Infatti, la Legge n. 405/2001 prevedeva 4,5 PL per 1.000 residenti (di cui 1,0 PL per 1.000 per degenza post-acuzie); il Patto per Salute 2010-2012 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 residenti (comprensivi di 0,7 PL per 1.000 per il *setting* post-acuzie). Il presente contributo illustra il tasso di PL per 1.000 residenti delle regioni e PA al 2013, distinguendo dalla dotazione complessiva quella per tipologia di attività (acuti, lungodegenza e riabilitazione) e, per i PL per acuti, quella per regime di ricovero, Ricovero Ordinario (RO) e ricovero diurno. Infine, viene presentato il confronto tra i tassi regionali di PL per acuti e il TD, con lo scopo di analizzare e valutare, in sintesi, la relazione tra la struttura dell'offerta ed il suo reale utilizzo nelle diverse regioni.

Tasso di posti letto ospedalieri per tipologia di attività

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

Tasso di posti letto ospedalieri per acuti per regime di ricovero

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

Validità e limiti. I dati sono stati estratti dalla banca dati *open source* del Ministero della Salute per la parte relativa ai PL (3), dalla "Demografia in Cifre" dell'Istituto Nazionale di Statistica per la popolazione residente (4). Nella banca dati dei PL non sono disponibili i dati di sei strutture della Sardegna e di una struttura del Friuli Venezia Giulia per cui per queste regioni i tassi in esame potrebbero essere sottostimati.

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 condizionate, in modo determinante, dalle modalità di utilizzo dei PL stessi (tasso di occupazione, degenza media, *case mix*, appropriatezza dei ricoveri e dei *setting* assistenziali utilizzati). Occorre tenere in debito conto anche l'impatto della mobilità interregionale, per alcune

regioni rilevante in senso positivo (attrazione) e per altre in senso negativo (fuga), che potrebbe incidere sulla programmazione locale e quindi spiegare in parte la variabilità regionale nella struttura dell'offerta.

Valore di riferimento/Benchmark. Si propone come valore benchmark l'obiettivo indicato dalla Legge n. 135/2012 art. 15, che prevede una dotazione standard di 3,7 PL per 1.000 residenti, comprensivi di 0,7 PL per 1.000 per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie.

Descrizione dei risultati

Nel corso degli ultimi anni nel nostro Paese, come del 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. Il fenomeno è stato solo in parte determinato dall'evoluzione in senso restrittivo delle indicazioni normative. In molte regioni la riduzione del tas-

so di PL ha spesso preceduto l'emanazione dei parametri di pianificazione nazionale e può essere meglio spiegata dall'esigenza di rendere il sistema ospedaliero più efficiente attraverso la riduzione dei ricoveri meno complessi e potenzialmente inappropriati (RO e ricovero diurno) ed un parallelo incremento dell'assistenza in regime ambulatoriale e domiciliare.

La rilevazione, effettuata al 1 gennaio 2013, mostra che il tasso a livello nazionale è pari a 3,74 PL (per 1.000) residenti, di cui 3,15 PL (per 1.000) per acuti e 0,59 PL (per 1.000) per il complesso del settore post-acuzie, con tassi specifici per tale ambito di 0,16 PL (per 1.000) per strutture di lungodegenza e 0,43 PL (per 1.000) per strutture di riabilitazione. Questi dati confermano che il tasso a livello nazionale non è molto distante dallo standard di riferimento indicato dalla normativa vigente e che, in accordo con quanto già rilevato nel recente passato, la dotazione di PL per acuti è ancora leggermente superiore allo standard, mentre esiste ancora un deficit relativo ai PL per post-acuti dedicati alla riabilitazione ed alla lungodegenza (Tabella 1).

Il tasso complessivo presenta una variabilità regionale di rilievo ed un *range* abbastanza ampio, con il minimo di dotazione della Calabria ed il massimo dell'Emilia-Romagna (rispettivamente, 2,89 e 4,44 PL per 1.000 residenti). I valori rilevati mostrano un evidente gradiente geografico: tutte le regioni del Nord, le Marche, il Lazio e il Molise presentano un tasso al di sopra del valore nazionale; la Toscana, l'Umbria e le regioni meridionali (escluso il Molise) presentano un tasso inferiore.

La componente riabilitativa e di lungodegenza è maggiormente sviluppata nelle regioni del Nord, in particolare in Piemonte, nella PA di Trento e in Emilia-Romagna. 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 RO è compreso tra 2,03 PL (per 1.000) della Calabria e 3,22 PL (per 1.000) della Valle d'Aosta, mentre per il ricovero diurno tra 0,23 PL (per 1.000) della Puglia e 0,48 PL (per 1.000) del Molise. A livello nazionale, la dotazione di PL per acuti dedicata al ricovero diurno è 0,38 PL (per 1.000), il 12,1% del totale dei PL per acuti.

Come anticipato in precedenza, l'indicatore analizzato non può fornire 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 per acuti 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 (solo per PL e ricoveri per acuti) si ottiene un grafico a quattro quadranti in cui gli indicatori rilevati forniscono quattro diverse rappresentazioni che riassumono con efficacia la situazione e 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 per acuti superiore ed un TD inferiore alla mediana: Veneto, Toscana, Lombardia, Marche, Friuli Venezia Giulia ed Emilia-Romagna. Tutte queste regioni, malgrado una struttura dell'offerta potenzialmente sovradimensionata, presentano tassi di ospedalizzazione 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 (tutte le regioni considerate presentano un saldo di mobilità attiva, con l'unica eccezione delle Marche). In alto a destra si situano le regioni con un tasso di PL ed un TD superiore alla mediana: Lazio, Liguria, PA di Bolzano, 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 potrebbero 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: Abruzzo, Sardegna, PA di Trento, Puglia, Campania e Sicilia. Questa situazione potrebbe essere dovuta ad un eccesso di ricoveri con un *case mix* di media-bassa complessità che renderebbe ragione di un elevato utilizzo dei PL e, parimenti, di una relativa efficienza operativa. Tale ipotesi andrebbe verificata in tutte le regioni interessate attraverso la lettura congiunta dei tassi di ospedalizzazione e dei valori di *case-mix* regionali. Da considerare, inoltre, che tutte queste regioni, ad eccezione della PA di Trento, presentano un saldo migratorio negativo e, pertanto, all'elevato TD contribuiscono anche strutture di altre regioni. In basso a sinistra si situano 4 regioni che presentano sia un tasso di PL che un TD inferiore alla mediana: Piemonte, Umbria, Basilicata e Calabria. 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 (ed in parte della Basilicata) 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 sal-

do di mobilità negativo più alto del panorama nazionale.

Tabella 1 - Tasso (per 1.000) di posti letto per tipologia di attività - Situazione al 1 gennaio 2013

Regioni	Acuti	Lungodegenza	Riabilitazione	Totale
Piemonte	3,08	0,31	0,76	4,15
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,66	0,00	0,51	4,17
Lombardia	3,21	0,08	0,67	3,97
Bolzano-Bozen	3,44	0,26	0,33	4,02
Trento	3,05	0,39	0,77	4,21
Veneto	3,24	0,20	0,37	3,81
Friuli Venezia Giulia	3,63	0,10	0,24	3,97
Liguria	3,27	0,11	0,49	3,87
Emilia-Romagna	3,57	0,51	0,36	4,44
Toscana	3,24	0,08	0,25	3,57
Umbria	3,19	0,02	0,39	3,60
Marche	3,29	0,37	0,25	3,91
Lazio	3,31	0,14	0,57	4,02
Abruzzo	3,12	0,16	0,40	3,68
Molise	3,61	0,14	0,66	4,41
Campania	2,91	0,05	0,25	3,20
Puglia	2,92	0,06	0,31	3,29
Basilicata	3,00	0,24	0,34	3,58
Calabria	2,46	0,13	0,30	2,89
Sicilia	2,99	0,07	0,31	3,37
Sardegna	2,99	0,03	0,09	3,11
Italia	3,15	0,16	0,43	3,74

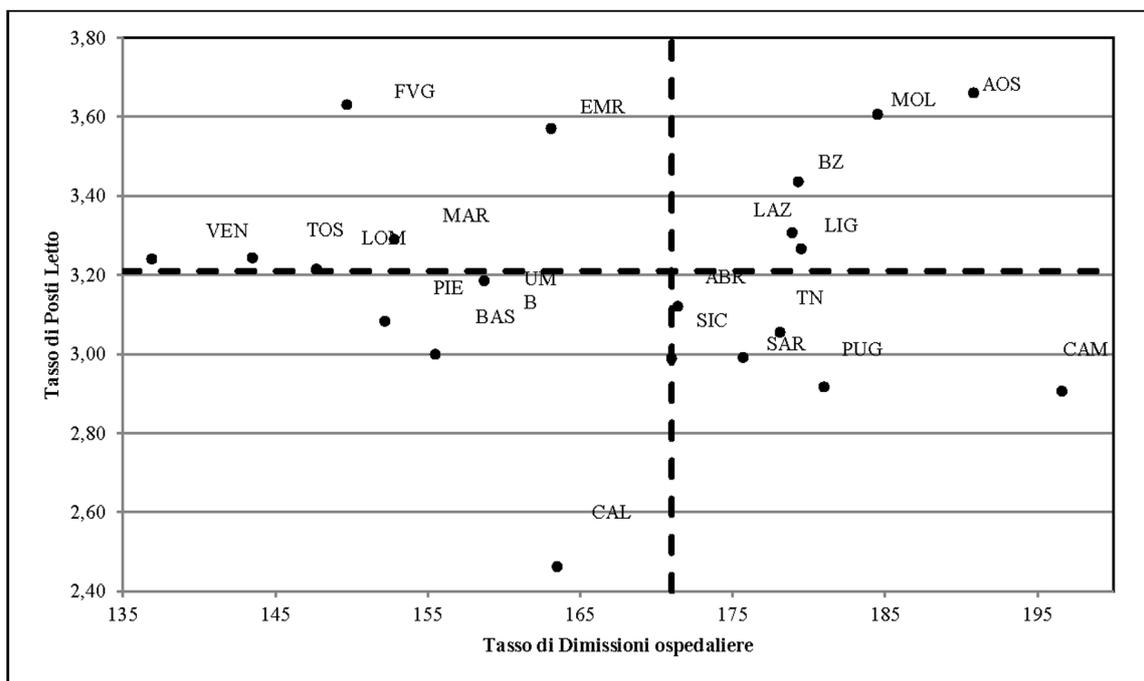
Fonte dei dati: Ministero della Salute. Anno 2014.

Tabella 2 - Tasso (per 1.000) di posti letto per acuti per regime di ricovero e regione - Situazione al 1 gennaio 2013

Regioni	Ricoveri Ordinari	Ricoveri Diurni	Totale
Piemonte	2,61	0,47	3,08
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,22	0,44	3,66
Lombardia	2,97	0,24	3,21
Bolzano-Bozen	3,08	0,36	3,44
Trento	2,68	0,38	3,05
Veneto	2,88	0,36	3,24
Friuli Venezia Giulia	3,17	0,46	3,63
Liguria	2,82	0,44	3,27
Emilia-Romagna	3,21	0,36	3,57
Toscana	2,79	0,45	3,24
Umbria	2,76	0,43	3,19
Marche	2,85	0,44	3,29
Lazio	2,87	0,43	3,31
Abruzzo	2,69	0,43	3,12
Molise	3,13	0,48	3,61
Campania	2,46	0,45	2,91
Puglia	2,68	0,23	2,92
Basilicata	2,58	0,42	3,00
Calabria	2,03	0,43	2,46
Sicilia	2,54	0,44	2,99
Sardegna	2,60	0,39	2,99
Italia	2,77	0,38	3,15

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Anno 2014.

Grafico 1 - Tasso (per 1.000) di posti letto per acuti e tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere - Situazione al 1 gennaio 2013



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO-Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2014.

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 2013 e, quindi, la situazione descritta è di fatto contemporanea alle indicazioni della Legge n. 135/2012; di conseguenza, questa analisi rappresenta una fotografia dell'esistente in grado di fornire una misura degli adeguamenti che le singole regioni dovranno attuare per allinearsi allo standard normativo, un punto di partenza più che un punto di arrivo.

Il dato complessivo registrato a livello nazionale nel 2013 è molto vicino 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 il post-acuzie molto eterogenea, per lo più sottodimensionata nella maggior parte delle regioni. 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 ospeda-

lieri per adeguare l'offerta a queste nuove esigenze. 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. Parallelamente, 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) Open data, Ministero della Salute. Disponibile sul sito: <http://www.dati.salute.gov.it/>.
- (4) Istat. Geo-demo "Demografia in Cifre". Disponibile sul sito: www.demo.istat.it.

Interventi per frattura del collo del femore

Significato. L'indicatore misura la tempestività della risoluzione chirurgica delle fratture del collo del femore nella popolazione *over* 65 anni. La frattura del collo del femore è un evento frequente tra la popolazione anziana (incidenza stimata nella popolazione *over* 65 anni, nel 2009, pari a 77,8 per 10.000) (1) ed è spesso causa di peggioramento della qualità di vita, di disabilità e/o mortalità. Diversi studi hanno dimostrato che una lunga attesa per l'intervento corrisponde ad un rischio più elevato di mortalità e di disabilità del paziente, a complicanze più frequenti legate all'intervento e ad una minore efficacia della fase riabilitativa. Le Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 ore o addirittura 24-36 ore dall'ingresso in ospedale (2-4). Uno studio condotto in Italia e pubblicato nel 2010 evidenzia come la mortalità a 30 giorni per i pazienti di 65 anni ed oltre sottoposti a intervento per frattura di femore sia due volte superiore nei pazienti operati dopo la seconda giornata di degenza rispetto ai pazienti operati entro 2 giorni, al netto dei fattori confondenti (età, genere e condizioni cliniche del paziente) (5). Il tempo di attesa per l'intervento per frattura del femore è considerato, quindi, uno dei principali indicatori *proxy* della qualità della gestione clinica e della presa in carico del paziente stesso. Unità operative o strutture ospedaliere che presentano tempi

di attesa ridotti per interventi per frattura del collo del femore hanno, probabilmente, messo in campo dei percorsi clinico assistenziali efficaci, non solo nella fase di accesso e preoperatoria, ma anche nelle successive fasi post intervento e riabilitative, con possibili ricadute positive complessive sugli esiti clinici. La percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro le 48 ore dal ricovero per pazienti di 65 anni ed oltre viene monitorata a livello internazionale dall'*Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD). Tale monitoraggio mostra che in Paesi come la Danimarca e la Svezia, nel 2011, il valore dell'indicatore è >90%, mentre in Paesi come l'Italia e la Spagna continua ad essere inferiore o poco superiore al 50% (6). A livello nazionale l'indicatore, senza la variabile relativa all'età, è tra quelli inseriti nel *set* di indicatori di appropriatezza di cui all'Allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 del dicembre 2009 (7). Inoltre, questo indicatore 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). Di seguito saranno illustrati e descritti in dettaglio il trend del valore nazionale dal 2001 al 2013 e i dati regionali registrati dal 2010 al 2013.

Percentuale di interventi per frattura del collo del femore

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

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 una quota variabile di pazienti non potrà essere operata entro le 48 ore perché la presenza di comorbidità e/o complicanze cliniche potrebbe richiedere più tempo per la stabilizzazione. Nei risultati sono inclusi 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 rappresentato 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 di seguito presentati 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 accordo che la quasi totalità dei pazienti sia sottoposta all'intervento il 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 (8). 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, di efficacia e di efficienza (7). 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

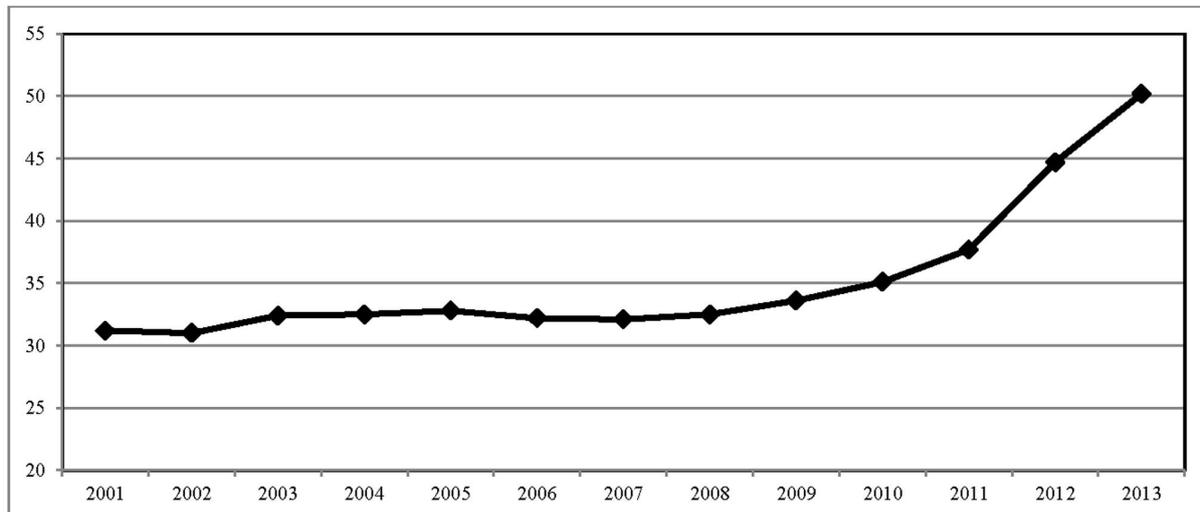
La percentuale, a livello nazionale, di interventi per frattura del femore eseguiti in pazienti di 65 anni ed oltre entro 2 giorni dal ricovero si è mantenuta costante dal 2001 al 2008 (tra il 31,2% e il 32,5%). Dal 2009 ha subito un rapido incremento, passando dal 33,6% al 50,3% del 2013, con un incremento più consistente negli ultimi 2 anni in cui la percentuale nazionale è aumentata di 12,6 punti percentuali, passando dal 37,7% del 2011 al 50,3% del 2013 (Grafico 1 e Tabella 1).

Il valore dell'indicatore considerato presenta ancora un elevato *range* che va dal 16,4% del Molise all'85,2% della Valle d'Aosta oltre che un'elevata variabilità regionale. Le regioni che presentano un valore sensibilmente superiore al dato nazionale sono, oltre alla Valle d'Aosta, la PA di Bolzano, la PA di

Trento, il Piemonte, il Veneto, l'Emilia-Romagna, la Toscana, le Marche e la Sicilia. Hanno un valore lievemente superiore al dato nazionale il Friuli Venezia Giulia e la Basilicata. Registrano un valore lievemente al di sotto del valore nazionale il Lazio, la Lombardia e l'Umbria, mentre un valore sensibilmente più basso la Liguria, l'Umbria e tutte le regioni meridionali ad eccezione della Basilicata e della Sicilia.

La Tabella 1 ed il Grafico 2 mostrano che nell'ultimo anno la percentuale di interventi eseguiti entro 2 giorni dal ricovero ha registrato un aumento, anche molto consistente, in tutte le regioni e che tra il 2010 ed il 2013 le uniche regioni che non hanno confermato questo trend positivo sono il Molise e la PA di Bolzano che, comunque, già presentava in tutte le serie storiche un valore elevato. Le regioni con l'aumento più marcato sono la Basilicata e la Sicilia, passate rispettivamente dal 21,4% al 52,9% e dal 16,1% al 57,0%. Un aumento consistente del valore considerato si è avuto anche in regioni che partivano da percentuali più elevate come l'Emilia-Romagna, il Veneto, la PA di Trento, il Piemonte e il Lazio.

Grafico 1 - Percentuale di pazienti di età 65 anni ed oltre operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore - Anni 2001-2013

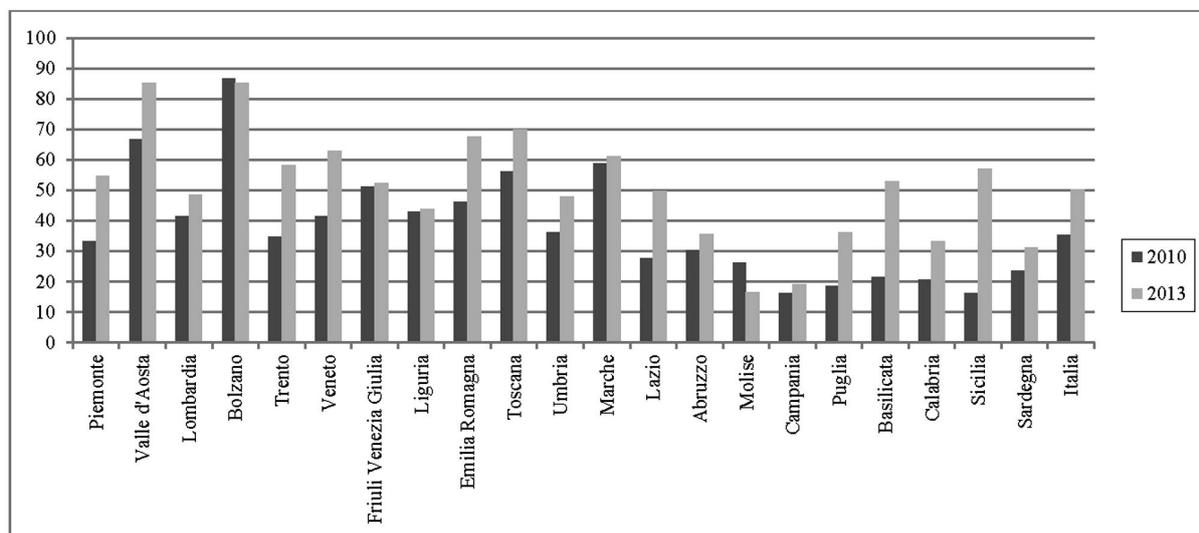


Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

Tabella 1 - Percentuale di pazienti di età 65 anni ed oltre operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2010-2013

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

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

Grafico 2 - Percentuale di pazienti di età 65 anni ed oltre operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2010, 2013

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

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, attraverso l'adozione di appropriate misure organizzative, incrementare la *performance* anche nel breve periodo. Nonostante il netto miglioramento rispetto al passato, il risultato

nazionale rimane ancora basso se confrontato con la *performance* di altri Paesi occidentali e con le raccomandazioni presenti in letteratura. Di conseguenza, fondamentale è continuare ad indagare e correggere le cause del ritardo dell'intervento per frattura del collo del femore 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 dell'ambito clinico assistenziale che di quello organizzativo. Dal punto di vista clinico è possibile prevedere le principali caratteristiche cliniche (anemia, disidratazione, iperglicemia etc.) dei pazienti anziani con frattura del femore e mettere in campo appropriate misure per stabilizzare il paziente in breve tempo (4). 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, 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) Acute management and immediate rehabilitation after hip fracture amongst people aged 65 years and over. Wellington, NZ: New Zealand Guidelines Group, June 2003.
- (3) Management of hip fracture in older people. A National clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guideline Network. June 2009.
- (4) The management of hip fracture in adults. National clinical Guideline Centre. 2011.
- (5) 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.
- (6) Health Care Quality Indicators, OECD. Disponibile sul sito: http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_HCQI.
- (7) 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.
- (8) 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.

Ospedalizzazione di patologie ad elevato impatto sociale

Significato. Il presente contributo analizza e descrive i tassi di ospedalizzazione nella popolazione anziana (>65 anni) di tre procedure terapeutiche relative a patologie ad alta prevalenza ed elevato impatto sociale: 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 contesto istituzionale ed organizzativo. In particolare, un'elevata variabilità del tasso di intervento per una specifica

procedura può essere dovuta, oltre che alla prevalenza della patologia di interesse in un determinato ambito geografico, alla difficoltà da parte del paziente di scegliere fra le varie opzioni di trattamento, alla mancanza di un elevato consenso professionale circa le scelte terapeutiche ed alla presenza di diseguglianze nell'accesso alle cure riconducibili ai servizi sanitari (1). Evidenziando situazioni di potenziale sovra/sotto utilizzo delle tre procedure, 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".

** Rispetto all'indicatore inserito nel Rapporto annuale sull'attività di ricovero della banca dati SDO (anno 2011) sono stati inclusi anche gli interventi di revisione della protesi d'anca (codici ICD-9-CM 0070, 0071, 0072).

Validità e limiti. Le tre procedure proposte sono state incluse dall'Intesa Stato-Regioni del 18 ottobre 2010 nel Piano Nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012 (2). I risultati devono, pertanto, essere interpretati tenendo conto che, sulla base delle indicazioni normative fornite, alcune regioni potrebbero aver rivisto le modalità di codifica di tali procedure 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. Per questa ragione si è scelto di considerare solo la popolazione anziana senza procedere, però, ad ulteriori standardizzazioni per età e per genere e di questo bisogna tener conto nella valutazione dei dati. I tassi sono calcolati per regione di residenza per cui i risultati indicano i trend di erogazione di tali procedure chirurgiche da parte dei cittadini di una data regione indipendente-

mente dal luogo di erogazione delle prestazioni. Un limite nell'interpretazione dei risultati è dovuto al fatto che la variabilità può essere in parte riconducibile alle differenze di incidenza e prevalenza delle patologie di interesse in particolari ambiti geografici.

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

Nel 2013, il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere nazionale nella popolazione anziana dell'intervento per protesi di anca (Tabella 1 e Grafico 1) è pari a 601,7 (per 100.000). L'indicatore mostra un lieve incremento rispetto al 2012 (596,8 per 100.000). Per

questa procedura si evidenzia una notevole variabilità regionale ed un *range* elevatissimo con un valore minimo di 345,1 interventi (per 100.000) della Sardegna ed un valore massimo di 1.001,0 interventi (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 centrali, ad eccezione di Umbria, Marche e Lazio, che presentano valori inferiori al dato nazionale come tutte le regioni meridionali. Considerando i trend regionali nel triennio 2010-2013, il tasso presenta un significativo aumento in Molise, Abruzzo, Calabria e Lazio, regioni che registravano valori molto inferiori al valore nazionale nel 2010. Un forte incremento del tasso si evidenzia nella PA di Bolzano che passa, tra il 2012 e il 2013, da 865,5 a 1.001,0 (per 100.000) (Tabella 1 e Grafico 1). Nel 2013, il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere nella popolazione anziana per interventi chirurgici per bypass coronarico (Tabella 2 e Grafico 2) è di 116,2 (per 100.000), con un trend rispetto al 2010 (133,8 per 100.000) in costante diminuzione. Per questa procedura non si evidenzia un gradiente geografico, ma una consistente variabilità regionale ed un *range* elevato, con un valore minimo di 64,6 (per 100.000) nella PA di Bolzano ad un massimo di 154,4 (per 100.000) in Molise. Analizzando i singoli trend regionali nel periodo 2010-2013, il maggiore decremento si registra nelle Marche (da 147,4 a 102,6 per 100.000) e a seguire in Toscana, Lombardia, Molise, Lazio, Piemonte, Umbria e Abruzzo. Al contrario, un trend in aumento si registra in Valle d'Aosta, PA di Trento, Liguria e Calabria. Rispetto al 2012, nell'ultimo anno si registra uno spiccato aumento del tasso in Molise (da 128,0 a 154,5 per 100.000) che, tuttavia, negli ultimi anni, forse anche a causa della casistica limitata, ha mostrato significative variazioni.

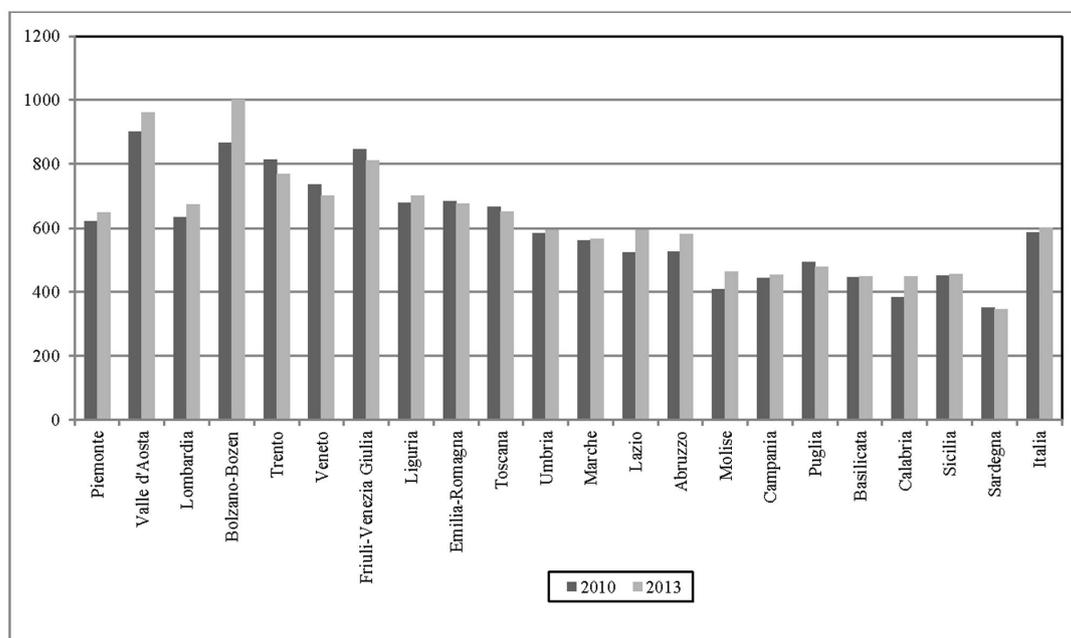
Il terzo indicatore in esame si riferisce al tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere nella popolazione anziana per angioplastica coronarica. Il valore nazionale si attesta nel 2013 (Tabella 3, Grafico 3), a 586,9 (per 100.000), in sensibile aumento rispetto al dato del 2010 (520,4 per 100.000). Come per gli altri indicatori precedentemente menzionati, anche in questo caso si registra una considerevole variabilità regionale nei tassi: il *range* varia, infatti, da 308,5 (per 100.000) del Friuli Venezia Giulia a 697,6 (per 100.000) della Lombardia. Tra il 2010 e il 2013 il tasso di interventi aumenta in tutte le regioni, ad eccezione del Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna e Toscana. Incrementi più significativi, rispetto al 2010, si registrano in Sicilia, Valle d'Aosta, Marche, PA di Trento, Calabria, Campania e Abruzzo.

La lettura congiunta dei tassi di ospedalizzazione per bypass coronarico e angioplastica (Tabella 2 e 3, Grafico 2 e 3) evidenzia che, tra il 2010 e il 2013, in buona parte delle regioni si assiste ad una riduzione del tasso di bypass coronarico e ad un aumento del tasso di angioplastica coronarica. Ad eccezione del Piemonte e dell'Umbria, 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 3 regioni (PA di Trento, Valle d'Aosta e Calabria) si registra un aumento dell'utilizzo di entrambe le procedure, mentre in Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Toscana si assiste ad una riduzione di entrambi i tassi. Solo in Liguria si assiste ad una forte riduzione del tasso di angioplastica coronarica 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 2010-2013

Regioni	2010	2011	2012	2013
Piemonte	622,1	641,7	638,7	648,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	901,0	873,1	947,4	962,0
Lombardia	633,8	635,9	660,9	672,4
Bolzano-Bozen	865,5	865,8	863,9	1001,0
Trento	812,5	762,1	770,0	768,1
Veneto	734,7	714,1	719,9	701,8
Friuli Venezia Giulia	845,5	823,8	820,5	811,5
Liguria	678,6	645,8	654,3	700,8
Emilia-Romagna	683,0	673,6	676,0	676,2
Toscana	666,2	635,8	635,5	651,5
Umbria	584,6	578,3	605,1	593,4
Marche	560,8	598,1	586,2	565,6
Lazio	523,7	538,0	574,4	593,3
Abruzzo	526,8	566,9	564,9	580,7
Molise	407,5	459,8	481,6	464,5
Campania	444,4	447,0	453,9	453,0
Puglia	494,2	491,4	481,6	479,2
Basilicata	446,4	401,0	455,3	449,9
Calabria	383,5	402,1	438,4	449,4
Sicilia	452,4	445,3	463,2	455,2
Sardegna	351,6	366,9	362,2	345,1
Italia	587,0	585,5	596,8	601,7

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

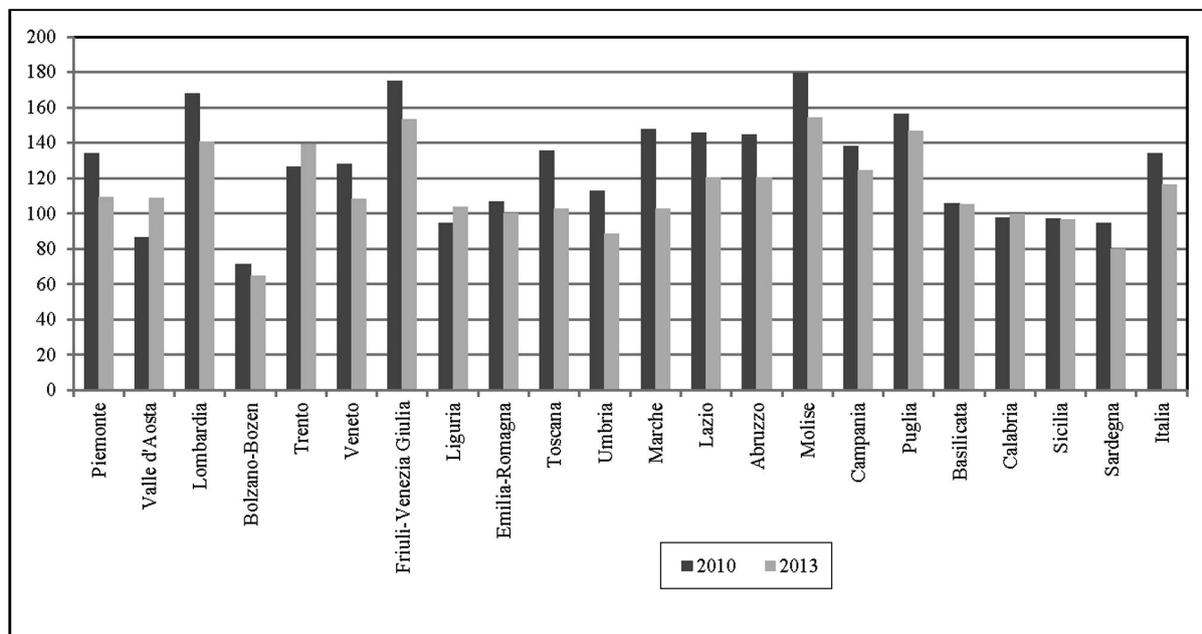
Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per protesi di anca di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010, 2013

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

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 2010-2013

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

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

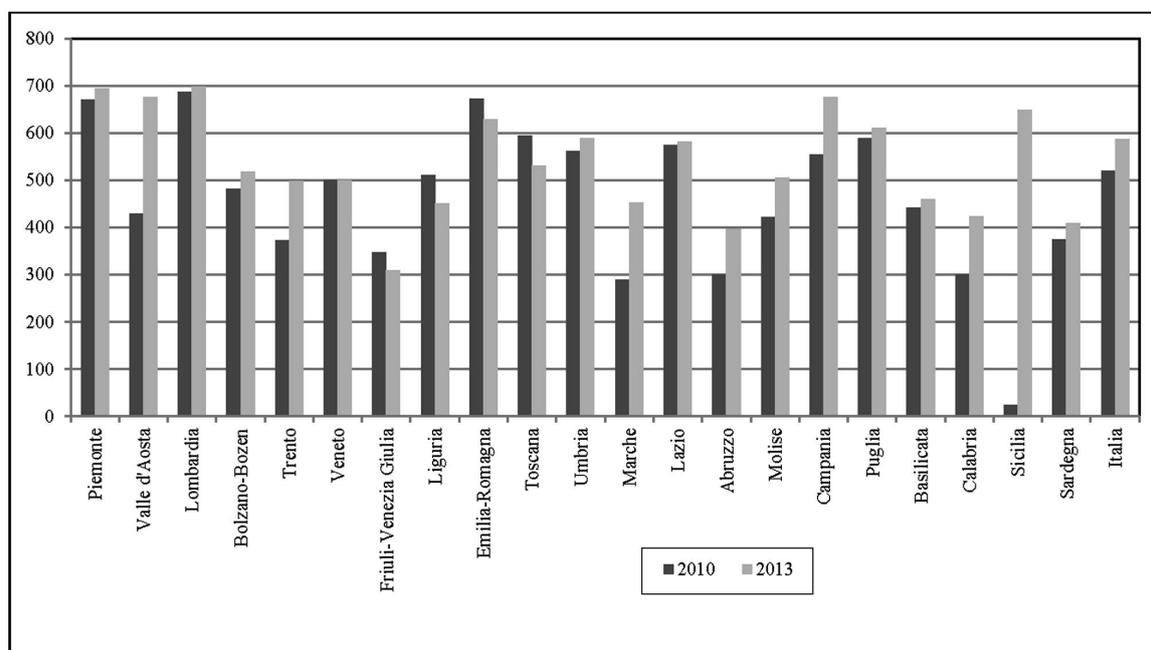
Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per bypass coronarico di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010, 2013

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

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 2010-2013

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

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

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, 2013

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

Analizzando i tassi di dimissioni ospedaliere per intervento chirurgico per alcune procedure particolarmente frequenti e di riconosciuta efficacia nell'anziano, i tre indicatori descritti rivelano una fortissima variabilità regionale. A tale riguardo è opportuno sottolineare che

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

rappresentativa di un bisogno di salute della popolazione. Per garantire equità di accesso e sicurezza delle prestazioni erogate, 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 amplificare 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 fattori diversi: 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 sovra utilizzo della procedura. 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 4 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 in alcune regioni questo andamento non si registra 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 e valutare in dettaglio i fenomeni, eventualmente promuovendo 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

Significato. Il tasso di ospedalizzazione fornisce una misura sintetica sul ricorso al ricovero ospedaliero della popolazione oggetto di studio. Si calcola come rapporto fra numero di ricoveri ospedalieri, ovunque effettuati, relativi a soggetti residenti in una data regione e la complessiva popolazione ivi residente. Il tasso di ospedalizzazione viene solitamente elaborato distintamente per le diverse modalità di ricovero, ossia sia per il Ricovero Ordinario che per quello diurno, com-

prendivo del Day Hospital (DH) medico e chirurgico, altrimenti detto Day Surgery. Pertanto, l'indicatore consente di descrivere il ricorso alle diverse modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera e di cogliere, nelle analisi temporali, gli eventuali spostamenti della casistica trattata da un setting assistenziale all'altro. In questo modo, si ottengono anche indicazioni sulla struttura dell'offerta e sulle sue modificazioni.

*Tasso di dimissioni ospedaliere**

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

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

Validità e limiti. L'indicatore è stato calcolato tenendo conto delle dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale. I reparti di dimissione considerati sono quelli per acuti, riabilitazione e lungodegenza. Sono state escluse le dimissioni dei neonati sani e, per garantire omogeneità tra numeratore e denominatore dell'indicatore, sono stati esclusi i ricoveri dei soggetti non residenti in Italia. D'altro canto, sono inclusi i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto, perché l'indicatore intende esprimere l'entità della domanda di ricovero soddisfatta nel corso dell'anno. L'indicatore misura la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dalla rete ospedaliera presente sul territorio, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle meno appropriate, se erogate in regime di ricovero. La non appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di ricovero può non essere esclusivamente espressione di malfunzionamento dell'ospedale, bensì può essere dovuta ad una carente attenzione dei servizi sanitari territoriali verso le patologie croniche. D'altra parte, l'indicatore non consente di analizzare la domanda "insoddisfatta" dovuta, in taluni contesti, alla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie e rappresentativa di un bisogno di salute percepito ed espresso dalla popolazione. Qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei

tassi di ospedalizzazione in regime di DH: si rilevano, infatti, alcune diversità, da una regione all'altra, nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi all'ospedalizzazione in regime diurno. Le diversità rilevate possono anche essere dovute ad una diversa modalità di impiego delle strutture ambulatoriali. Il fenomeno dell'ospedalizzazione risulta notevolmente correlato all'età del paziente. Pertanto, al fine di confrontare la propensione al ricovero nei diversi contesti regionali, è stato calcolato il tasso standardizzato. Con riferimento, quindi, alla popolazione media residente in Italia nel 2011, sono stati calcolati i tassi di ospedalizzazione regionali standardizzati, in cui risulta corretto l'effetto della diversa composizione per età delle popolazioni nelle singole regioni. Il dato del 2013 è messo a confronto con analoghe rilevazioni effettuate con riferimento ai dati 2008, 2009, 2010, 2011 e 2012.

Valore di riferimento/Benchmark. Nel corso del 2012, nell'ambito delle disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica, è stato fissato il nuovo limite del tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 160 per 1.000 residenti di cui il 25% riferito a ricoveri diurni (cfr. articolo 15, comma 13, lettera c del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135).

Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per regime di ricovero e regione - Anni 2008-2013

Regioni	2008			2009			2010			2011			2012			2013*		
	RO	DH	Totale															
Piemonte	106,4	62,3	168,7	114,2	45,9	160,1	112,8	43,1	155,9	116,7	41,9	158,5	114,3	37,4	151,7	110,4	33,8	144,2
Valle d'Aosta	130,3	56,1	186,4	129,0	49,5	178,5	128,2	48,3	176,5	135,2	52,8	188,0	134,7	54,8	189,5	134,9	54,9	189,8
Lombardia	133,5	42,6	176,1	131,6	40,3	171,9	124,6	33,9	158,5	127,6	31,9	159,5	124,3	22,3	146,6	119,8	20,5	140,3
Bolzano-Bozen	149,5	49,8	199,3	140,9	49,5	190,4	136,2	47,4	183,6	142,8	42,6	185,4	139,1	38,9	178,0	136,8	35,8	172,5
Trento	120,1	56,7	176,8	118,5	58,8	177,4	115,5	60,9	176,5	118,5	63,4	181,9	116,1	60,8	176,8	113,9	52,7	166,6
Veneto	112,7	41,9	154,6	108,9	40,6	149,5	106,4	40,3	146,8	105,3	38,2	143,4	103,3	32,9	136,2	101,2	31,1	132,4
Friuli-Venezia Giulia	111,9	37,5	149,4	109,0	38,3	147,2	107,1	38,0	145,1	112,2	37,2	149,4	111,7	37,5	149,1	109,9	34,0	143,9
Liguria	117,4	89,4	206,8	114,9	85,5	200,4	112,9	80,0	192,9	118,2	73,9	192,1	115,4	64,1	179,4	112,8	54,9	167,6
Emilia-Romagna	124,6	42,4	167,0	121,8	41,9	163,6	120,5	41,6	162,1	126,1	41,9	168,0	123,5	38,7	162,2	120,7	37,1	157,8
Toscana	100,8	51,3	152,0	108,1	41,3	149,4	108,7	39,3	148,0	111,3	37,8	149,2	107,4	35,4	142,8	103,1	34,4	137,5
Umbria	115,8	57,4	173,3	122,9	46,0	168,9	123,9	41,6	165,5	128,0	35,4	163,4	125,5	32,8	158,3	123,0	31,4	154,4
Marche	124,7	47,2	171,9	122,8	46,0	168,8	120,4	38,4	158,7	122,8	39,2	162,1	117,1	35,3	152,4	113,2	34,6	147,9
Lazio	131,7	66,8	198,5	125,9	63,7	189,6	121,1	60,7	181,8	121,2	56,9	178,1	120,0	57,4	177,4	115,4	54,9	170,4
Abruzzo	141,2	58,9	200,1	132,9	52,7	185,5	125,9	50,7	176,6	130,5	50,5	181,0	124,0	46,7	170,7	122,6	46,1	168,7
Molise	148,9	62,5	211,4	135,4	61,8	197,1	138,5	62,5	201,0	134,2	64,4	198,7	124,3	59,9	184,2	124,2	56,3	180,6
Campania	151,5	79,6	231,1	144,9	76,0	220,9	132,9	69,2	202,0	129,6	71,2	200,8	124,9	71,0	195,8	122,2	70,1	192,3
Puglia	159,9	56,1	216,0	154,8	39,0	193,8	151,5	60,5	212,0	147,8	56,4	204,2	138,2	42,3	180,5	133,6	35,3	168,9
Basilicata	121,7	70,8	192,4	117,9	66,2	184,1	114,5	65,2	179,7	118,7	56,4	175,1	112,8	42,6	155,4	110,8	36,2	147,0
Calabria	142,5	71,2	213,8	127,1	53,6	180,7	125,8	51,3	177,1	125,9	51,0	176,9	116,6	46,5	163,1	109,5	43,4	152,9
Sicilia	134,6	83,2	217,8	128,0	83,7	211,7	122,5	67,5	190,0	119,7	60,2	179,9	116,4	54,1	170,5	110,9	41,9	152,8
Sardegna	135,2	54,4	189,6	124,7	51,5	176,2	125,4	50,9	176,3	131,3	52,9	184,2	126,4	48,6	175,0	120,1	46,0	166,2
Italia	129,5	58,3	187,8	126,4	53,0	179,4	122,2	50,2	172,4	123,5	48,2	171,7	119,7	43,0	162,8	115,9	39,6	155,5

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1 gennaio 2013.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2011.**Fonte dei dati:** Ministero della Salute, SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2014.

Ospedalizzazione per età e tipologia di attività

Significato. L'età del paziente rappresenta un fattore demografico estremamente significativo quando si analizza il ricorso alle prestazioni sanitarie. Il bisogno di salute varia in relazione all'età e, quindi, anche l'entità della domanda di prestazioni sanitarie ospedaliere. In particolare, la tipologia di assistenza ospedaliera erogata (acuzie, riabilitazione o lungodegenza) risente fortemente delle caratteristiche demografiche

della popolazione e ciò è da attribuire, anche in parte, all'organizzazione dell'offerta di prestazioni sanitarie presso strutture assistenziali di pertinenza territoriale. I tassi di ospedalizzazione, calcolati a livello regionale, per classi di età e per tipologia di assistenza erogata, consentono di evidenziare il fenomeno ed eventuali differenze geografiche.

Tasso di dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere per classi di età e tipologia di attività}^{\dagger}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

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

[†]Regime di Ricovero Ordinario, distintamente nei reparti di attività per acuti, riabilitazione e lungodegenza.

Validità e limiti. Le Schede di Dimissione Ospedaliera, considerate nel calcolo dell'indicatore, sono relative alle dimissioni effettuate, in regime di ricovero ordinario, dal 2012 al 2013, dagli istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale. Sono state escluse le dimissioni dei neonati sani, 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. È opportuno precisare che nella banca dati complessiva possono essere presenti più schede di dimissione da attribuire ad un medesimo paziente, con riferimento ad un unico episodio di ricovero: infatti, se un paziente viene trasferito, all'interno di uno stesso istituto, da una tipologia di attività ad

un'altra (ad esempio da un reparto per acuti ad uno di riabilitazione) o da una modalità di ricovero all'altra (dal regime diurno a quello ordinario e viceversa), devono essere compilate due distinte schede di dimissione, una per ciascuna tipologia di attività erogata o regime di ricovero. L'indicatore include, inoltre, i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto relativi a differenti episodi di ricovero avuti nel corso dell'anno.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per il tasso di ospedalizzazione specifico per classi di età. Il confronto dei tassi specifici regionali con quello nazionale consente di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero nelle classi di età.

Tabella 1 - Tasso (specifico e standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di Ricovero Ordinario per acuti per regione - Anni 2012, 2013

Regioni	2012					Tassi std	2013*					Tassi std
	0-14	15-24	25-64	65-74	75+		0-14	15-24	25-64	65-74	75+	
Piemonte	69,89	51,82	82,83	167,77	249,52	104,09	65,64	48,63	79,45	162,01	244,95	100,23
Valle d'Aosta	68,16	69,30	100,92	205,12	327,42	127,56	65,63	69,12	98,83	209,36	330,79	126,82
Lombardia	73,63	55,46	87,92	187,51	291,50	114,20	69,58	53,94	83,96	180,93	285,84	110,02
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>61,63</i>	<i>57,55</i>	<i>90,99</i>	<i>215,38</i>	<i>405,00</i>	<i>129,09</i>	<i>56,50</i>	<i>55,91</i>	<i>89,51</i>	<i>216,55</i>	<i>397,68</i>	<i>126,76</i>
<i>Trento</i>	<i>50,88</i>	<i>43,86</i>	<i>77,49</i>	<i>169,78</i>	<i>307,98</i>	<i>103,95</i>	<i>46,61</i>	<i>43,84</i>	<i>74,28</i>	<i>170,68</i>	<i>309,50</i>	<i>101,83</i>
Veneto	47,47	40,37	71,13	157,71	288,87	96,37	44,78	38,97	69,27	154,97	287,20	94,37
Friuli-Venezia Giulia	46,30	46,68	78,63	178,07	318,44	106,17	45,42	44,78	76,83	174,27	317,01	104,32
Liguria	72,94	55,15	82,31	163,54	278,83	107,15	66,51	54,31	78,39	157,02	273,86	102,81
Emilia-Romagna	68,65	53,84	85,83	177,32	309,76	113,01	66,47	52,28	83,21	173,75	304,08	110,14
Toscana	59,81	49,91	77,38	164,56	289,63	103,29	55,36	46,24	73,96	159,66	285,23	99,45
Umbria	77,21	62,74	95,11	190,72	304,27	121,05	69,47	61,41	92,06	187,76	310,27	118,47
Marche	64,57	52,65	87,10	177,72	294,94	111,53	63,54	51,20	83,20	167,05	277,19	106,13
Lazio	77,87	52,72	87,72	180,21	286,66	113,15	75,73	50,15	83,46	172,20	277,07	108,41
Abruzzo	94,09	54,08	88,73	189,77	293,04	117,78	92,02	53,52	86,31	188,00	296,21	116,24
Molise	89,03	53,24	93,21	198,12	275,92	118,56	92,16	51,59	91,81	193,98	279,50	117,99
Campania	68,46	56,22	95,69	215,64	299,04	121,57	65,32	53,76	93,26	213,19	294,59	118,83
Puglia	98,29	63,25	101,30	215,30	321,91	131,88	95,32	59,84	97,17	208,55	314,79	127,40
Basilicata	68,13	42,65	83,18	183,03	266,88	106,52	67,17	41,15	81,21	178,40	265,71	104,54
Calabria	79,20	50,52	87,54	192,52	266,22	112,19	73,88	46,97	81,70	181,03	244,72	104,44
Sicilia	84,75	51,46	84,24	195,23	278,03	112,74	77,02	48,13	80,53	184,75	268,00	107,15
Sardegna	89,16	59,46	93,97	188,71	321,11	123,31	82,38	54,33	89,10	181,87	307,22	117,00
Italia	72,56	53,28	86,56	184,21	291,27	112,72	68,74	50,87	83,15	178,42	285,06	108,81

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1 gennaio 2013.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione censuaria italiana del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2014.

Tabella 2 - Tasso (specifico e standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di Ricovero Ordinario per riabilitazione per regione - Anni 2012, 2013

Regioni	2012				Tassi std	2013*				Tassi std
	0-44	45-64	65-74	75+		0-44	45-64	65-74	75+	
Piemonte	1,48	7,02	19,02	24,80	7,26	1,46	6,87	18,61	24,98	7,19
Valle d'Aosta	0,90	6,65	21,00	20,77	6,65	0,93	5,91	20,71	26,74	7,05
Lombardia	1,42	7,03	23,16	38,18	9,06	1,36	6,91	22,86	36,97	8,83
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,52</i>	<i>3,50</i>	<i>15,31</i>	<i>29,58</i>	<i>5,90</i>	<i>0,63</i>	<i>4,08</i>	<i>16,72</i>	<i>44,24</i>	<i>7,78</i>
<i>Trento</i>	<i>1,49</i>	<i>7,38</i>	<i>25,26</i>	<i>32,82</i>	<i>8,85</i>	<i>1,33</i>	<i>7,62</i>	<i>24,93</i>	<i>33,32</i>	<i>8,85</i>
Veneto	0,67	3,87	13,96	17,46	4,68	0,66	3,73	13,52	17,39	4,59
Friuli-Venezia Giulia	0,72	2,64	7,47	7,28	2,63	0,73	2,81	7,28	7,74	2,72
Liguria	1,22	6,15	18,05	24,15	6,71	1,54	6,53	19,79	29,17	7,69
Emilia-Romagna	0,82	3,37	9,16	9,68	3,32	0,87	3,59	9,63	10,60	3,55
Toscana	0,49	2,03	7,36	10,86	2,71	0,45	2,02	6,35	9,77	2,47
Umbria	0,74	4,10	11,82	11,14	3,90	0,79	4,01	11,67	11,09	3,89
Marche	0,66	2,42	7,84	8,60	2,72	0,82	3,09	7,46	9,26	3,02
Lazio	0,61	3,66	13,72	25,57	5,41	0,64	3,80	14,23	27,11	5,68
Abruzzo	0,80	3,73	13,18	20,41	4,94	0,70	3,85	13,66	20,62	4,99
Molise	0,79	4,20	15,33	14,26	4,65	0,85	4,27	15,82	16,69	5,00
Campania	0,47	2,62	8,45	11,96	3,09	0,47	2,69	8,82	12,40	3,19
Puglia	1,77	6,63	15,63	18,10	6,25	1,68	6,13	15,43	18,22	6,06
Basilicata	0,96	3,74	11,77	16,75	4,50	0,73	3,34	11,59	16,52	4,22
Calabria	0,76	3,69	11,46	12,75	3,93	0,75	3,79	12,50	14,86	4,28
Sicilia	0,90	3,48	9,92	10,97	3,60	0,91	3,54	10,44	11,24	3,70
Sardegna	0,45	1,74	5,14	5,79	1,85	0,37	1,65	5,48	5,77	1,82
Italia	0,95	4,46	13,98	19,54	5,21	0,94	4,46	14,03	19,99	5,25

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1 gennaio 2013.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione censuaria italiana del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2014.

Tabella 3 - Tasso (specifico e standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di Ricovero Ordinario per lungodegenza per regione - Anni 2012, 2013

Regioni	2012				2013*			
	0-64	65-74	75+	Tassi std	0-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,60	3,97	15,67	2,51	0,63	3,95	15,26	2,49
Valle d'Aosta	0,03	0,07	0,89	0,12	0,03	0,50	5,93	0,69
Lombardia	0,14	1,32	5,42	0,81	0,11	1,11	5,03	0,72
Bolzano-Bozen	0,61	7,52	36,30	5,03	0,50	5,02	21,91	3,19
Trento	0,51	4,91	25,46	3,56	0,45	5,53	25,17	3,54
Veneto	0,22	2,84	15,21	2,04	0,22	2,99	15,83	2,13
Friuli-Venezia Giulia	0,29	2,90	15,98	2,18	0,27	3,03	15,81	2,17
Liguria	0,21	1,52	5,53	0,90	0,62	2,54	8,58	1,65
Emilia-Romagna	0,92	10,81	46,85	6,71	0,85	10,55	46,53	6,60
Toscana	0,16	1,49	6,27	0,93	0,12	1,05	5,22	0,74
Umbria	0,07	0,36	1,82	0,28	0,09	0,77	1,84	0,34
Marche	0,63	3,81	16,58	2,62	0,63	6,00	26,79	3,90
Lazio	0,11	1,44	9,91	1,27	0,10	1,42	9,04	1,17
Abruzzo	0,19	1,94	9,63	1,35	0,28	2,15	9,99	1,48
Molise	0,19	1,56	9,34	1,28	0,29	2,09	10,33	1,52
Campania	0,91	2,21	4,12	1,38	0,85	2,18	4,20	1,33
Puglia	0,13	1,12	4,64	0,70	0,11	1,13	4,87	0,71
Basilicata	0,44	3,53	14,31	2,20	0,43	3,87	15,58	2,36
Calabria	0,21	2,47	6,63	1,11	0,25	2,68	8,53	1,36
Sicilia	0,10	1,22	4,63	0,69	0,11	1,21	4,72	0,71
Sardegna	0,17	1,60	6,98	1,03	0,18	1,63	7,23	1,06
Italia	0,34	2,70	11,97	1,79	0,33	2,73	12,17	1,81

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1 gennaio 2013.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione censuaria italiana del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2014.

Ricoveri ed accessi in Day Hospital, Day Surgery e “One Day Surgery”

Significato. Gli indicatori proposti si riferiscono all’attività di ricovero svolta nelle discipline per acuti in regime assistenziale diurno (Day Hospital-DH e Day Surgery-DS). Essi sono rappresentati dal numero di ricoveri e di accessi ai servizi ospedalieri diurni, numero medio di accessi per ricovero, ovvero durata media delle prestazioni erogate per cicli terapeutici diurni, e percentuale dei ricoveri di DS sul totale delle dimissioni in modalità diurna. A tali indicatori si aggiunge un ulteriore indicatore rappresentato dalla percentuale di ricoveri in “One Day Surgery”, rispetto

al totale delle dimissioni con DRG chirurgico con degenza ordinaria. La modalità di ricovero in “One Day Surgery” consiste, infatti, in un ricovero per intervento chirurgico con degenza breve, non superiore alla durata di un giorno.

Gli indicatori forniscono misure di appropriatezza dell’utilizzo della struttura ospedaliera per acuti evidenziando la prevalenza dei casi medici su quelli chirurgici in ricovero diurno e l’erogazione di prestazioni ospedaliere in “One Day Surgery”.

Numero medio di accessi in Day Hospital e Day Surgery

Numeratore	Accessi totali in regime di Day Hospital e Day Surgery
Denominatore	Dimissioni totali in Day Hospital e Day Surgery

Percentuale di ricoveri in Day Surgery

Numeratore	Ricoveri totali con DRG chirurgico in regime di Day Surgery
Denominatore	Dimissioni totali in Day Hospital e Day Surgery

x 100

Percentuale di ricoveri in “One Day Surgery”

Numeratore	Ricoveri totali con DRG chirurgico di 0-1 giorno in regime di Ricovero Ordinario
Denominatore	Dimissioni totali in regime di Ricovero Ordinario con DRG chirurgico

x 100

Validità e limiti. Nel calcolo del numero medio di accessi sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti in regime diurno per prestazioni di tipo medico (DH) e chirurgico (DS), effettuati presso tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale negli anni 2012 e 2013.

Per individuare i ricoveri di DS e “One Day Surgery”, si utilizza il sistema di classificazione DRG, considerando in particolare le dimissioni ospedaliere che hanno attribuito un DRG chirurgico. I ricoveri di “One Day Surgery” sono ulteriormente caratterizzati da un solo giorno di degenza in regime di ricovero ordinario e regolare dimissione del paziente al proprio domicilio.

Si ritiene necessario evidenziare che dal 1 gennaio 2009 è stata adottata una versione aggiornata del sistema di classificazione, per la codifica delle diagnosi e procedure/interventi rilevati dalle Schede di Dimissione Ospedaliera. La classificazione adottata è la ICD-9-CM versione 2007 e, conseguentemente, è stata anche adottata la corrispondente classificazione DRG 24^a versione. Per i raffronti temporali è necessario prestare le opportune cautele.

Inoltre, come già specificato, esistono differenti modalità di registrazione dei ricoveri in DH da parte delle regioni. Anche per questo aspetto occorre cautela nella lettura dei dati per i confronti regionali. Infatti, si è più volte constatato che in talune regioni vengono seguite correttamente le indicazioni fornite a livello nazionale per la registrazione dei ricoveri diurni, cioè a completamento di un ciclo programmato di accessi. In altri casi, si effettua una dimissione amministrativa forzata, ad esempio trimestrale o mensile, che comporta un incremento fittizio del numero di dimissioni in ricovero diurno.

Infine, le differenze regionali relative alle dimissioni di “One Day Surgery” possono essere dovute ad una diversa organizzazione dell’offerta dei servizi, qualora possano essere queste erogate in ambito ambulatoriale. Per una migliore comprensione delle diciture riportate nelle tabelle, con DH si intendono le dimissioni per acuti con DRG medico o non classificato, mentre con DS le dimissioni con DRG chirurgico. Nello specifico, la “One Day Surgery” riguarda i casi di dimissione in regime ordinario, con durata della degenza non superiore ad un giorno e con DRG associato di tipo chirurgico.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi specifici. Il confronto dei dati regionali con quello nazionale consente di evidenzia-

re le differenti modalità di registrazione degli accessi in regime diurno nelle regioni.

Tabella 1 - Dimissioni, accessi e numero medio di accessi (valori assoluti) in Day Hospital e in Day Surgery per regione - Anni 2012, 2013

Regioni	2012						2013					
	Day Hospital			Day Surgery			Day Hospital			Day Surgery		
	Dimessi	Accessi	N medio accessi									
Piemonte	70.499	307.085	4,36	90.644	93.612	1,03	63.226	248.554	3,93	82.030	85.047	1,04
Valle d'Aosta	3.035	16.201	5,34	3.660	3.873	1,06	2.973	14.944	5,03	3.998	4.124	1,03
Lombardia	83.860	187.318	2,23	139.626	143.474	1,03	69.059	142.343	2,06	137.492	138.849	1,01
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>7.099</i>	<i>27.051</i>	<i>3,81</i>	<i>12.879</i>	<i>14.738</i>	<i>1,14</i>	<i>6.102</i>	<i>21.394</i>	<i>3,51</i>	<i>12.379</i>	<i>13.961</i>	<i>1,13</i>
<i>Trento</i>	<i>7.832</i>	<i>44.110</i>	<i>5,63</i>	<i>21.200</i>	<i>26.989</i>	<i>1,27</i>	<i>7.068</i>	<i>39.902</i>	<i>5,65</i>	<i>17.765</i>	<i>22.849</i>	<i>1,29</i>
Veneto	38.015	104.111	2,74	117.084	181.544	1,55	33.916	86.541	2,55	114.695	170.518	1,49
Friuli Venezia Giulia	19.746	117.402	5,95	32.662	61.443	1,88	18.669	116.962	6,27	29.097	49.919	1,72
Liguria	60.152	282.519	4,70	48.474	88.233	1,82	48.973	233.943	4,78	43.903	74.850	1,70
Emilia-Romagna	86.497	733.047	8,47	92.745	136.556	1,47	81.654	707.971	8,67	90.967	132.531	1,46
Toscana	70.356	341.481	4,85	69.526	74.545	1,07	65.448	313.952	4,80	69.103	74.906	1,08
Umbria	13.186	61.974	4,70	14.486	15.496	1,07	11.705	58.645	5,01	14.898	15.998	1,07
Marche	25.581	138.425	5,41	28.199	29.450	1,04	24.851	134.828	5,43	28.871	30.083	1,04
Lazio	215.836	693.012	3,21	112.249	260.151	2,32	206.465	628.096	3,04	110.467	249.455	2,26
Abruzzo	26.602	137.092	5,15	30.979	39.714	1,28	26.190	142.701	5,45	30.738	39.506	1,29
Molise	10.139	35.230	3,47	9.891	14.433	1,46	9.447	33.017	3,49	9.219	13.741	1,49
Campania	209.881	689.259	3,28	168.928	409.357	2,42	201.574	695.322	3,45	174.038	424.559	2,44
Puglia	87.519	241.011	2,75	70.159	97.929	1,40	78.909	232.853	2,95	52.496	73.540	1,40
Basilicata	13.483	53.952	4,00	8.360	14.006	1,68	9.450	44.025	4,66	8.957	13.515	1,51
Calabria	50.532	204.257	4,04	25.220	36.781	1,46	45.349	193.279	4,26	25.752	37.028	1,44
Sicilia	141.783	481.531	3,40	117.744	198.724	1,69	91.888	349.924	3,81	106.602	184.968	1,74
Sardegna	36.960	166.042	4,49	39.145	45.170	1,15	35.116	157.817	4,49	36.951	42.384	1,15
Italia	1.278.593	5.062.110	3,96	1.253.860	1.986.218	1,58	1.138.032	4.597.013	4,04	1.200.418	1.892.331	1,58

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

Tabella 2 - Percentuale di ricoveri in Day Surgery e One Day Surgery per regione - Anni 2012, 2013

Regioni	2012		2013	
	Day Surgery	One Day Surgery	Day Surgery	One Day Surgery
Piemonte	56,25	32,38	56,47	32,93
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	54,67	16,79	57,35	22,07
Lombardia	62,48	23,27	66,57	24,21
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>64,47</i>	<i>5,63</i>	<i>66,98</i>	<i>5,94</i>
<i>Trento</i>	<i>73,02</i>	<i>7,49</i>	<i>71,54</i>	<i>8,31</i>
Veneto	75,49	12,51	77,18	13,20
Friuli Venezia Giulia	62,32	25,34	60,92	24,89
Liguria	44,62	5,96	47,27	7,08
Emilia-Romagna	51,74	25,91	52,70	26,41
Toscana	49,70	25,22	51,36	25,25
Umbria	52,35	28,38	56,00	28,86
Marche	52,43	27,54	53,74	27,45
Lazio	34,21	7,95	34,86	8,33
Abruzzo	53,80	9,58	53,99	9,25
Molise	49,38	6,34	49,39	5,90
Campania	44,59	8,82	46,33	9,82
Puglia	44,50	15,58	39,95	15,58
Basilicata	38,27	12,94	48,66	13,40
Calabria	33,29	8,41	36,22	7,47
Sicilia	45,37	3,69	53,71	3,56
Sardegna	51,44	13,17	51,27	12,50
Italia	49,51	17,81	51,33	18,27

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

Ospedalizzazione per DRG medici e chirurgici

Significato. L'indicatore illustrato confronta i tassi di dimissione (TD) per DRG medico e chirurgico, sia per il regime di degenza ordinaria che per quello diurno, con lo scopo di valutare, nell'ambito di ogni regione, il contributo fornito da ciascuna componente al TD complessivo. In questo contesto, viene analizzata anche la percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri. L'indicatore è inserito nel *set* di indicatori di appropriatezza di cui all'allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 del dicembre 2009. La variabilità regionale del TD generale si riflette, naturalmente, anche sui TD per DRG medici e chirurgici. La variabilità geografica fornisce una rappresentazione abbastanza efficace delle politiche attuate dalle diverse regioni in termini di dimensionamento dell'offerta ospedaliera, di contrasto dei ricoveri inappropriati, di organizzazione dei servizi di Pronto

Soccorso e di diagnosi strumentale e di decentramento dell'assistenza verso *setting* assistenziali extradegenza ospedaliera o verso i servizi distrettuali. Le differenze dei TD medici sono, in massima parte, spiegabili dalle variabili legate alla struttura dell'offerta ed alle politiche organizzative di governo della domanda. Anche il TD chirurgico è correlato al dimensionamento dell'offerta, ma a tale riguardo è importante considerare che anche altri fattori possono influenzare caratteristiche e volumi del servizio reso in termini di accesso ed erogazione delle prestazioni chirurgiche, in particolare quando si evidenziano situazioni di sovra o sotto utilizzo delle stesse (ad esempio, consenso non univoco dei professionisti riguardo le indicazioni all'intervento, caratteristiche dei *setting* assistenziali proposti, livello di informazione dei pazienti etc.).

Tasso di dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici*

Numeratore	Dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici	
	_____	x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente	

Percentuale di DRG chirurgici sul totale dei dimessi

Numeratore	Dimissioni ospedaliere per DRG chirurgici	
	_____	x 100
Denominatore	Dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici	

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

Validità e limiti. Nel calcolo del tasso di ospedalizzazione sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti escludendo i ricoveri per lungodegenza e riabilitazione. Quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina ed a popolazioni confrontabili per caratteristiche demografiche ed epidemiologiche, il TD esprime la domanda soddisfatta. Quando si confrontano dati relativi al complesso della casistica trattata in un determinato contesto geografico intervengono anche dei fattori confondenti per cui deve essere posta la massima attenzione alla possibile variabilità determinata da differenze demografiche ed epidemiologiche esistenti nelle diverse realtà. Per evitare di sottovalutare tali aspetti ed attenuare, almeno in parte, il fattore di confondimento dovuto alla diversa composizione per età della popolazione, i TD sono stati standardizzati per età con riferimento alla popolazione media residente in Italia nel 2011. Peraltro, qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime di Day Hospital medico, in quanto alcune regioni hanno adottato proprie modalità di registrazio-

ne dei cicli e degli accessi effettuati in regime diurno. Per i DRG chirurgici occorre tenere conto del fatto che alcune regioni, soprattutto del Centro e del Nord, hanno da tempo attivato percorsi ambulatoriali extradegenza per l'esecuzione di interventi chirurgici di bassa complessità ed alta incidenza (ad esempio, decompressione tunnel carpale, interventi sul cristallino etc.).

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per i tassi di ospedalizzazione dei ricoveri di tipo medico o chirurgico. L'allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 prevede per l'indicatore "Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri", uno standard pari al valore medio delle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza. In questa sede riteniamo che il confronto dei tassi regionali con il valore nazionale consenta di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero per le due tipologie considerate. È opportuno, peraltro, precisare

che, per i ricoveri di tipo medico, i TD più bassi possono fornire una misura abbastanza significativa delle reali possibilità di contenere l'ospedalizzazione e contrastare l'inappropriatezza dei ricoveri. Al contrario, per i DRG chirurgici, gli scostamenti dal valore nazio-

nale, sia in senso positivo che negativo, consentono solo una descrizione del fenomeno ed, in assenza di ulteriori e più approfondite indagini, non permettono di trarre conclusioni certe riguardo all'appropriatezza dell'offerta ed al governo della domanda.

Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici e dimissioni ospedaliere (valori percentuali) per DRG chirurgici per regione di ricovero e regione - Anni 2011-2013

Regioni	2011			2012			2013*																				
	DRG Medici		DRG Chirurgici	DRG Medici		DRG Chirurgici	DRG Medici		DRG Chirurgici																		
	RO	DH Totale	RO	DH Totale	RO	DH Totale	RO	DH Totale	RO	DH Totale																	
Piemonte	54,5	18,8	73,3	52,1	22,4	74,5	54,2	51,3	53,8	54,8	49,5	18,7	68,2	48,9	56,1	50,7											
Valle d'Aosta	70,8	24,3	95,1	57,0	28,1	85,1	51,9	47,6	50,5	50,8	49,0	50,2	70,7	24,6	95,3	56,4	29,7	86,1	44,3	54,7	47,4						
Lombardia	65,9	17,3	83,1	51,7	13,6	65,4	48,9	38,5	46,6	63,1	8,4	71,5	50,4	52,1	66,7	59,7	7,0	66,7	50,5	13,3	63,8	45,9	65,6	48,9			
Bolzano-Bozen	87,0	15,5	102,5	45,2	26,7	71,9	39,8	59,6	45,4	84,1	13,9	98,1	44,2	24,5	68,7	40,4	62,4	46,6	44,1	23,5	67,6	35,5	66,9	42,6			
Trento	66,2	16,9	83,1	40,3	44,3	84,6	45,3	67,6	54,5	64,1	16,1	80,3	39,4	42,4	81,8	44,6	69,1	54,8	39,6	36,0	75,6	39,1	71,2	49,9			
Veneto	59,3	9,7	69,0	39,1	27,0	66,1	45,9	71,8	54,9	57,6	7,9	65,5	39,0	23,8	62,8	47,0	73,1	55,5	56,1	7,1	63,2	38,4	23,1	61,5	40,7	76,5	49,4
Friuli-Venezia Giulia	62,1	13,5	75,5	45,7	23,2	68,9	51,5	60,3	54,3	60,6	13,6	74,2	46,2	23,3	69,5	52,7	59,3	54,8	40,5	27,8	66,5	43,0	61,7	47,4			
Liguria	68,2	39,4	107,6	42,6	33,5	76,1	41,6	47,2	44,1	66,5	32,7	99,2	41,0	30,6	71,6	41,0	49,6	44,6	62,6	26,3	88,9	40,5	27,8	68,4	38,5	50,7	42,5
Emilia-Romagna	67,2	19,0	86,2	49,6	21,9	71,6	50,5	50,9	50,6	65,3	18,2	83,4	48,2	19,4	67,7	51,0	50,0	50,7	63,0	17,0	80,0	47,6	19,1	66,6	42,3	52,5	44,8
Toscana	60,9	19,0	80,0	46,6	18,3	64,9	51,7	44,8	49,4	58,7	16,6	75,3	45,0	18,3	63,3	51,7	48,3	50,6	56,1	15,8	71,9	43,7	18,1	61,9	43,2	53,3	45,7
Umbria	71,7	18,3	90,0	52,1	16,0	68,1	47,5	38,2	45,3	69,5	16,4	85,9	51,8	15,4	67,2	48,4	41,4	46,8	67,8	14,6	82,4	50,9	16,0	66,9	42,1	52,1	44,1
Marche	65,6	17,7	83,2	51,9	21,2	73,1	51,0	47,0	49,9	61,6	17,2	78,8	50,1	17,8	67,9	52,0	46,0	50,3	56,6	16,6	73,2	49,6	17,7	67,4	46,0	51,6	47,4
Lazio	68,2	36,0	104,2	46,4	19,2	65,6	42,1	31,5	37,7	66,3	35,3	101,6	46,9	20,4	67,2	43,2	33,1	39,0	63,0	33,5	96,6	45,4	20,0	65,4	41,9	37,4	40,4
Abruzzo	76,5	23,5	99,9	47,5	26,7	74,3	40,5	46,6	42,4	71,3	22,5	93,8	46,3	24,0	70,3	42,5	46,2	43,7	69,5	21,8	91,3	46,6	24,1	70,7	39,7	52,5	43,3
Molise	81,9	36,9	118,8	46,0	27,2	73,2	39,5	33,2	37,2	74,1	33,3	107,4	44,1	25,8	69,9	39,9	35,3	38,2	72,3	30,6	102,9	45,3	24,9	70,2	37,9	45,4	40,3
Campania	78,9	40,1	119,0	46,2	30,1	76,3	36,9	35,9	36,5	74,7	38,9	113,6	45,8	31,1	76,8	37,9	37,2	37,6	71,9	37,4	109,2	45,8	31,9	77,7	39,7	45,6	41,9
Puglia	87,7	30,3	118,0	52,7	25,5	78,2	38,5	34,2	37,2	81,3	23,2	104,5	49,9	18,5	68,4	39,1	35,9	38,3	77,2	20,8	98,0	49,6	13,9	63,5	39,4	40,1	39,5
Basilicata	69,6	34,6	104,2	43,9	21,0	64,9	42,0	31,6	38,2	62,8	24,8	87,6	43,2	16,6	59,8	44,6	34,6	41,3	60,5	18,0	78,6	43,7	17,3	61,0	41,6	49,0	43,4
Calabria	80,7	34,2	114,9	39,7	15,8	55,4	35,2	29,7	33,4	72,2	30,6	102,7	39,3	15,4	54,7	37,2	31,6	35,3	65,3	27,3	92,6	38,5	15,6	54,0	37,1	36,5	36,9
Sicilia	73,5	35,6	109,1	42,2	23,9	66,1	36,7	37,6	37,0	70,0	29,3	99,3	42,2	24,0	66,1	38,2	42,3	39,8	65,7	19,3	84,9	40,9	21,7	62,6	38,5	53,1	42,6
Sardegna	85,3	26,8	112,1	43,5	25,6	69,1	36,1	41,9	37,9	80,4	23,6	104,0	43,0	24,5	67,5	38,0	44,2	39,9	76,1	22,2	98,4	41,0	23,2	64,3	35,2	51,1	39,7
Italia	69,3	25,1	94,4	47,2	22,1	69,3	44,0	41,9	43,3	66,2	21,3	87,5	46,5	20,9	67,4	45,1	44,6	45,0	63,1	18,9	82,0	45,7	20,0	65,6	41,9	51,3	44,4

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1 gennaio 2013.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute, SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2014.

Degenza media

Significato. Un indicatore sintetico di efficienza ospedaliera, calcolabile per i ricoveri effettuati in regime ordinario, è rappresentato dalla degenza media, ovvero dalla durata media della degenza ospedaliera espressa in giorni. Questo indicatore, oltre a fornire una misura dell'efficienza operativa ed organizzativa ospedaliera, è fortemente influenzato dalla complessità di tipo sanitario-assistenziale dei casi trattati. Per approfondire l'analisi della degenza media si è proceduto alla standardizzazione di questo indicatore rispetto al case mix. La degenza media regionale standardizzata per case mix rappresenta il valore teorico-atteeso che si osserverebbe della degen-

za media, se ogni regione presentasse una casistica di ricoveri ospedalieri della medesima complessità di quella dello standard di riferimento. Tale standard di riferimento è la composizione per DRG dei dimessi dell'intera casistica nazionale. In altre parole è una degenza media "non reale" o "attesa": una diminuzione di tale valore, a seguito della standardizzazione, sta a significare che la regione ha una casistica ospedaliera di complessità maggiore rispetto a quella nazionale; al contrario, un aumento della degenza media standardizzata indica la presenza di una casistica con minore complessità.

*Degenza media**

Numeratore	Giornate di degenza erogate in Regime Ordinario
Denominatore	Dimissioni totali in Regime Ordinario

*La formula della standardizzazione per *case mix* è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. Nel calcolo della degenza media sono stati esclusi i ricoveri dei neonati sani e sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti, in regime di degenza ordinaria, effettuati da tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale. La lettura della degenza media grezza e standardizzata non è sufficiente a descrivere l'efficienza ospedaliera.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi aggiornati sulla degenza media. Si è osservato, nel tempo, una progressiva tendenza alla riduzione della durata della degenza ospedaliera, sia per effetto dell'introduzione del finanziamento prospettico delle prestazioni ospedaliere, che per le politiche sanitarie in materia di appropriatezza.

Tabella 1 - Degenza media (grezza e standardizzata per case mix) per genere e regione - Anni 2011-2013

Regioni	Maschi						Femmine						Totale					
	2011		2012		2013		2011		2012		2013		2011		2012		2013	
	Grezza	Std																
Piemonte	7,2	7,3	7,1	7,3	7,0	7,2	6,8	7,0	6,7	6,9	6,7	6,8	7,0	7,1	6,9	7,0	6,9	7,0
Valle d'Aosta	8,9	8,0	8,1	7,4	7,5	7,3	7,9	7,5	7,3	7,2	7,1	7,2	8,3	7,9	7,7	7,4	7,3	7,2
Lombardia	7,1	7,4	7,0	7,4	7,0	7,4	6,6	6,9	6,6	6,9	6,5	6,9	6,8	7,2	6,8	7,2	6,7	7,2
Bolzano-Bozen	6,8	7,0	6,9	7,0	6,9	7,0	6,8	6,9	6,8	6,8	6,7	6,7	6,8	7,0	6,8	7,0	6,8	6,8
Trento	8,1	7,7	8,0	7,5	8,2	7,6	7,4	7,2	7,3	7,0	7,2	7,0	7,7	7,5	7,6	7,3	7,7	7,3
Veneto	8,6	8,2	8,7	8,3	8,6	8,2	7,9	7,5	7,8	7,5	7,7	7,5	8,2	7,9	8,2	7,9	8,1	7,9
Friuli-Venezia Giulia	7,7	7,5	7,5	7,4	7,5	7,5	7,3	7,1	7,0	7,0	7,1	7,1	7,5	7,3	7,3	7,2	7,3	7,3
Liguria	8,5	7,7	8,4	7,6	8,3	7,5	7,9	7,1	7,7	6,9	7,5	6,8	8,2	7,4	8,0	7,2	7,9	7,2
Emilia-Romagna	6,6	6,6	6,5	6,6	6,5	6,6	6,2	6,1	6,1	6,1	6,1	6,1	6,4	6,4	6,3	6,3	6,3	6,3
Toscana	6,7	6,4	6,6	6,3	6,6	6,3	6,3	6,0	6,3	6,0	6,2	5,9	6,5	6,2	6,4	6,1	6,4	6,1
Umbria	6,2	6,6	6,2	6,6	6,5	6,9	5,8	6,1	5,9	6,1	5,9	6,2	6,0	6,3	6,0	6,3	6,2	6,5
Marche	7,3	7,3	7,4	7,4	7,3	7,3	6,8	6,8	6,9	6,8	6,8	6,9	7,0	7,0	7,1	7,1	7,1	7,1
Lazio	7,9	7,8	7,8	7,8	7,8	7,7	6,9	7,1	6,9	7,0	6,8	6,9	7,3	7,4	7,3	7,4	7,3	7,3
Abruzzo	7,4	7,4	7,4	7,4	7,3	7,3	6,9	6,7	6,9	6,8	6,9	6,7	7,1	7,0	7,1	7,0	7,1	7,0
Molise	7,2	7,3	7,2	7,6	7,1	7,5	6,8	6,7	6,8	6,8	6,7	6,8	7,0	7,0	7,0	7,2	6,9	7,2
Campania	6,2	6,7	6,2	6,7	6,3	6,9	5,7	6,2	5,7	6,2	5,7	6,2	5,9	6,4	6,0	6,5	6,0	6,5
Puglia	6,5	6,9	6,6	7,0	6,6	7,0	6,1	6,5	6,2	6,6	6,2	6,6	6,3	6,7	6,4	6,7	6,4	6,8
Basilicata	7,0	7,0	7,2	7,2	7,1	7,0	6,7	6,6	6,6	6,4	6,7	6,6	6,9	6,8	6,8	6,8	6,9	6,8
Calabria	6,8	7,2	6,9	7,2	6,9	7,2	6,5	6,7	6,4	6,6	6,3	6,5	6,6	6,9	6,6	6,9	6,6	6,8
Sicilia	6,8	6,8	6,8	6,8	6,9	6,8	6,4	6,3	6,4	6,3	6,4	6,3	6,6	6,6	6,6	6,5	6,7	6,6
Sardegna	7,0	7,4	6,9	7,3	6,8	7,2	6,7	7,0	6,6	6,8	6,5	6,7	6,8	7,2	6,8	7,0	6,7	7,0
Italia	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	6,6	6,6	6,6	6,6	6,5	6,5	6,8	6,8	6,8	6,8	6,8	6,8

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

Degenza media preoperatoria per le procedure chirurgiche

Significato. L'indicatore Degenza Media PreOperatoria (DMPO) è compresa nel set di indicatori di appropriatezza presi come riferimento dal Patto per la Salute 2010-2012. Il periodo di tempo trascorso in ospedale prima di eseguire un intervento chirurgico in regime di Ricovero Ordinario (RO) è utilizzato il più delle volte per effettuare accertamenti diagnostici o altre attività terapeutiche ed assistenziali propedeutiche all'intervento stesso. Nella grande maggioranza dei ricoveri programmati, tali attività possono e dovrebbero essere effettuate nel periodo pre-ricovero attraverso la rete ambulatoriale, il Day Service o il Day Hospital. Per i ricoveri in urgenza da Pronto Soccorso è quasi sempre possibile snellire l'iter clinico ed assistenziale in degenza attraverso l'adozione di adeguati modelli

organizzativi come, ad esempio, percorsi diagnostici preferenziali e sale operatorie e/o sedute chirurgiche dedicate. Il dato della DMPO può essere, pertanto, assunto come indicatore *proxy* della capacità di una struttura e di un determinato contesto organizzativo di assicurare una efficiente gestione del percorso preoperatorio in elezione e di pianificare con efficacia, anche in urgenza, l'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica. Una elevata DMPO denota, generalmente, difficoltà di accesso ai servizi diagnostici ospedalieri o extraospedalieri alternativi al tradizionale ricovero che si traduce in un uso, potenzialmente inappropriato, dei posti letto e delle risorse umane e materiali riservate alla degenza ordinaria.

Degenza media preoperatoria per Ricoveri Ordinari*

Numeratore	Giornate di degenza media preoperatoria per DRG chirurgici
Denominatore	Dimissioni con DRG chirurgici

*La formula della standardizzazione per *case mix* è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. L'indicatore non è influenzato da fattori confondenti quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina chirurgica. Quando si confrontano casistiche regionali che, verosimilmente, comprendono tutti i DRG chirurgici, deve essere posta la massima attenzione alla variabilità determinata dal diverso case mix trattato dalle realtà considerate. Pertanto, per rendere quanto più possibile significativo il confronto dei dati rilevati nelle singole regioni, la DMPO, degli anni 2007 e 2013, è stata standardizzata per il case mix trattato in ciascuna struttura indagata. Per la costruzione dell'indicatore sono state considerate tutte le procedure chirurgiche principali eseguite, ad eccezione di quelle relative al Capitolo 16 "Miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche" della classificazione ICD-9-CM.

Valore di riferimento/Benchmark. L'allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 prevede come benchmark il valore medio registrato nelle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza. In questa sede riteniamo che il valore nazionale possa essere assunto come riferimento per il confronto delle diverse *performance*, mentre i valori più bassi di DMPO rilevati forniscono una misura rappresentativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso assistenziale preoperatorio messe in atto, rispetto a valori di DMPO più elevati.

Tabella 1 - Degenza media preoperatoria (standardizzata per case mix) in regime di Ricovero Ordinario per acuti e per tutte le procedure principali eseguite per regione - Anni 2007-2013

Regioni	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Piemonte	1,88	1,89	1,66	1,61	1,58	1,50	1,46
Valle d'Aosta	1,16	1,38	1,61	1,42	1,40	1,26	1,32
Lombardia	1,75	1,76	1,73	1,73	1,72	1,69	1,66
Bolzano-Bozen	1,59	1,61	1,61	1,57	1,63	1,52	1,53
Trento	1,90	1,98	1,81	1,76	1,72	1,63	1,60
Veneto	1,81	1,84	1,79	1,78	1,78	1,73	1,71
Friuli-Venezia Giulia	1,56	1,57	1,78	1,63	1,71	1,64	1,84
Liguria	2,09	2,13	1,98	1,99	1,99	2,06	2,02
Emilia-Romagna	1,63	1,67	1,63	1,27	1,23	1,22	1,21
Toscana	1,79	1,71	1,45	1,41	1,41	1,37	1,38
Umbria	1,86	1,88	1,71	1,64	1,75	1,78	1,71
Marche	1,52	1,51	1,44	1,44	1,46	1,50	1,49
Lazio	2,82	2,65	2,48	2,47	2,43	2,32	2,23
Abruzzo	1,90	1,95	1,93	1,88	1,95	1,94	1,93
Molise	2,58	2,56	2,47	2,34	2,36	2,47	2,45
Campania	2,57	2,53	2,44	2,44	2,36	2,36	2,34
Puglia	2,38	2,31	2,34	2,37	2,36	2,30	2,24
Basilicata	2,34	2,38	2,24	2,25	2,28	2,13	2,05
Calabria	2,65	2,56	2,39	2,44	2,32	2,24	2,17
Sicilia	2,18	2,13	2,11	2,11	2,06	1,96	1,96
Sardegna	2,32	2,25	2,23	2,27	2,17	2,06	2,00
Italia	1,99	1,97	1,88	1,88	1,85	1,81	1,78

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

Assistenza ospedaliera

Ospedalizzazione

Significato. Il tasso di ospedalizzazione fornisce una misura sintetica sul ricorso al ricovero ospedaliero della popolazione oggetto di studio. Si calcola come rapporto fra il numero di ricoveri ospedalieri, ovunque effettuati, relativi a soggetti residenti in una data regione e la complessiva popolazione ivi residente. Il tasso di ospedalizzazione viene solitamente elaborato distintamente per le diverse modalità di ricovero, cioè sia per il Ricovero Ordinario (RO) che per quello diurno,

comprensivo del Day Hospital (DH) medico e chirurgico, o Day Surgery (DS). Pertanto, l'indicatore consente di descrivere il ricorso alle diverse modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera e di cogliere, nelle analisi temporali, gli eventuali spostamenti della casistica trattata da un *setting* assistenziale all'altro. In questo modo, si ottengono anche indicazioni sulla struttura dell'offerta e sulle sue modificazioni.

*Tasso di dimissioni ospedaliere**

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

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

Validità e limiti. L'indicatore è stato calcolato tenendo conto delle dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). I reparti di dimissione considerati sono quelli per acuti, riabilitazione e lungodegenza. Sono state escluse le dimissioni dei nati sani e, per garantire omogeneità tra numeratore e denominatore dell'indicatore, sono stati esclusi i ricoveri dei soggetti non residenti in Italia. D'altro canto, sono inclusi i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto, perché l'indicatore intende esprimere l'entità della domanda di ricovero soddisfatta nel corso dell'anno. L'indicatore misura la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dalla rete ospedaliera presente sul territorio, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle meno appropriate, se erogate in regime di ricovero. La non appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di ricovero può non essere esclusivamente espressione di malfunzionamento dell'ospedale, bensì può essere dovuta ad una carente attenzione dei servizi sanitari territoriali verso le patologie croniche. D'altra parte, l'indicatore non consente di analizzare la domanda "insoddisfatta" dovuta, in taluni contesti, alla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie e rappresentativa di un bisogno di salute percepito ed espresso dalla popolazione. Qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei

tassi di ospedalizzazione in regime di DH: si rilevano, infatti, alcune diversità, da una regione all'altra, nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi all'ospedalizzazione in regime diurno. Le diversità rilevate possono anche essere dovute ad una diversa modalità di impiego delle strutture ambulatoriali. Il fenomeno dell'ospedalizzazione risulta notevolmente correlato all'età del paziente. Pertanto, al fine di confrontare la propensione al ricovero nei diversi contesti regionali, è stato calcolato il tasso standardizzato. Con riferimento, quindi, alla popolazione media residente in Italia nel 2011, sono stati calcolati i tassi di ospedalizzazione regionali standardizzati, in cui risulta corretto l'effetto della diversa composizione per età delle popolazioni nelle singole regioni. Il dato del 2012 è messo a confronto con analoghe rilevazioni effettuate con riferimento ai dati 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011.

Valore di riferimento/Benchmark. Nel corso del 2012, nell'ambito delle disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica, è stato fissato il nuovo limite del tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 160 per 1.000 residenti di cui il 25% riferito a ricoveri diurni (cfr. articolo 15, comma 13, lettera c del DL n. 95 del 6 luglio 2012, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 135 del 7 agosto 2012).

Tabella 1 - Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per regime di ricovero e regione - Anni 2007-2012

Regioni	2007			2008			2009			2010			2011			2012*		
	RO	DH	Totale															
Piemonte	108,2	61,5	169,7	106,4	62,3	168,7	114,2	45,9	160,1	112,8	43,1	155,9	116,7	41,9	158,5	114,8	37,5	152,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	129,9	57,2	187,1	130,3	56,1	186,4	129,0	49,5	178,5	128,2	48,3	176,5	135,2	52,8	188,0	135,6	55,2	190,8
Lombardia	135,2	45,5	180,7	133,5	42,6	176,1	131,6	40,3	171,9	124,6	33,9	158,5	127,6	31,9	159,5	125,3	22,4	147,7
Bolzano-Bozen	154,2	51,7	205,9	149,5	49,8	199,3	140,9	49,5	190,4	136,2	47,4	183,6	142,8	42,6	183,4	140,2	39,1	179,3
Trento	123,0	57,0	180,0	120,1	56,7	176,8	118,5	58,8	177,4	115,5	60,9	176,5	118,5	63,4	181,9	116,9	61,2	178,1
Veneto	115,8	45,9	161,7	112,7	41,9	154,6	108,9	40,6	149,5	106,4	40,3	146,8	105,3	38,2	143,4	103,9	33,0	136,9
Friuli Venezia Giulia	114,2	36,4	150,6	111,9	37,5	149,4	109,0	38,3	147,2	107,1	38,0	145,1	112,2	37,2	149,4	112,1	37,5	149,7
Liguria	119,7	88,6	208,3	117,4	89,4	206,8	114,9	85,5	200,4	112,9	80,0	192,9	118,2	73,9	192,1	115,5	64,0	179,5
Emilia-Romagna	126,8	43,2	170,0	124,6	42,4	167,0	121,8	41,9	163,6	120,5	41,6	162,1	126,1	41,9	168,0	124,2	38,8	163,1
Toscana	103,6	51,2	154,8	100,8	51,3	152,0	108,1	41,3	149,4	108,7	39,3	148,0	111,3	37,8	149,2	107,9	35,5	143,5
Umbria	118,1	58,6	176,7	115,8	57,4	173,3	122,9	46,0	168,9	123,9	41,6	165,5	128,0	35,4	163,4	125,9	32,9	158,7
Marche	127,1	46,7	173,7	124,7	47,2	171,9	122,8	46,0	168,8	120,4	38,4	158,7	122,8	39,2	162,1	117,4	35,4	152,8
Lazio	137,0	67,8	204,8	131,7	66,8	198,5	125,9	63,7	189,6	121,1	60,7	181,8	121,2	56,9	178,1	121,1	57,7	178,9
Abruzzo	158,7	58,9	217,7	141,2	58,9	200,1	132,9	52,7	185,5	125,9	50,7	176,6	130,5	50,5	181,0	124,5	46,9	171,4
Molise	164,9	63,5	228,4	148,9	62,5	211,4	135,4	61,8	197,1	138,5	62,5	201,0	134,2	64,4	198,7	124,5	60,0	184,5
Campania	155,1	77,1	232,2	151,5	79,6	231,1	144,9	76,0	220,9	132,9	69,2	202,0	129,6	71,2	200,8	125,4	71,2	196,6
Puglia	166,3	53,8	220,1	159,9	56,1	216,0	154,8	39,0	193,8	151,5	60,5	212,0	147,8	56,4	204,2	138,7	42,3	181,0
Basilicata	123,2	72,0	195,2	121,7	70,8	192,4	117,9	66,2	184,1	114,5	65,2	179,7	118,7	56,4	175,1	113,0	42,5	155,5
Calabria	149,5	67,6	217,1	142,5	71,2	213,8	127,1	53,6	180,7	125,8	51,3	177,1	125,9	51,0	176,9	116,9	46,6	163,5
Sicilia	139,6	101,5	241,2	134,6	83,2	217,8	128,0	83,7	211,7	122,5	67,5	190,0	119,7	60,2	179,9	116,8	54,2	171,0
Sardegna	139,6	57,7	197,4	135,2	54,4	189,6	124,7	51,5	176,2	125,4	50,9	176,3	131,3	52,9	184,2	126,9	48,8	175,7
Italia	133,3	60,3	193,6	129,5	58,3	187,8	126,4	53,0	179,4	122,2	50,2	172,4	123,5	48,2	171,7	120,3	43,2	163,5

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1° gennaio 2012.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute, SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Ospedalizzazione per età e tipologia di attività

Significato. L'età del paziente rappresenta un fattore demografico estremamente significativo quando si analizza il ricorso alle prestazioni sanitarie. Il bisogno di salute varia in relazione all'età e, quindi, anche l'entità della domanda di prestazioni sanitarie ospedaliere.

In particolare, la tipologia di assistenza ospedaliera erogata (acuzie, riabilitazione o lungodegenza) risente

fortemente delle caratteristiche demografiche della popolazione e ciò è da attribuire, anche in parte, all'organizzazione dell'offerta di prestazioni sanitarie presso strutture assistenziali di pertinenza territoriale.

I tassi di ospedalizzazione, calcolati a livello regionale, per classi di età e per tipologia di assistenza erogata, consentono di evidenziare il fenomeno ed eventuali differenze geografiche.

Tasso di dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività*

$$\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere per classi di età e tipologia di attività}^1$$

$$\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente} \quad \times 1.000$$

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

¹Regime di Ricovero Ordinario, distintamente nei reparti di attività per acuti, riabilitazione e lungodegenza.

Validità e limiti. Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), considerate nel calcolo dell'indicatore, sono relative alle dimissioni effettuate, in regime di ricovero ordinario, dal 2010 al 2012, dagli istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Sono state escluse le dimissioni dei nati sani, 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. È opportuno precisare che nella banca dati complessiva possono essere presenti più schede di dimissione da attribuire ad un medesimo paziente, con riferimento ad un unico episodio di ricovero: infatti, se un paziente viene trasferito, all'interno di uno stesso istituto, da una tipologia di attività ad un'altra (ad esempio da un reparto per

acuti ad uno di riabilitazione) o da una modalità di ricovero all'altra (dal regime diurno a quello ordinario e viceversa), devono essere compilate due distinte schede di dimissione, una per ciascuna tipologia di attività erogata o regime di ricovero. L'indicatore include, inoltre, i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto relativi a differenti episodi di ricovero avuti nel corso dell'anno.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per il tasso di ospedalizzazione specifico per classi di età. Il confronto dei tassi specifici regionali con quello nazionale consente di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero nelle classi di età.

Tabella 1 - Tasso (specifico e standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di Ricovero Ordinario per acuti per regione - Anni 2011, 2012

Regioni	2011					Tassi std	2012*					Tassi std
	0-14	15-24	25-64	65-74	75+		0-14	15-24	25-64	65-74	75+	
Piemonte	72,42	54,43	85,19	169,28	250,63	106,28	70,15	51,92	82,74	168,62	252,12	104,45
Valle d'Aosta	69,91	73,43	102,12	207,68	311,81	127,53	68,58	69,48	101,15	207,29	331,63	128,42
Lombardia	83,53	56,90	90,14	188,73	293,48	117,29	74,07	55,74	88,05	189,29	296,28	115,04
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>65,16</i>	<i>61,54</i>	<i>94,32</i>	<i>221,89</i>	<i>410,37</i>	<i>133,06</i>	<i>61,67</i>	<i>58,12</i>	<i>91,31</i>	<i>217,16</i>	<i>409,61</i>	<i>130,00</i>
<i>Trento</i>	<i>52,78</i>	<i>45,36</i>	<i>81,16</i>	<i>174,84</i>	<i>309,06</i>	<i>107,03</i>	<i>50,89</i>	<i>44,11</i>	<i>77,80</i>	<i>172,17</i>	<i>310,97</i>	<i>104,71</i>
Veneto	49,29	42,15	73,54	158,57	291,06	98,45	47,55	40,56	71,13	159,25	292,28	96,91
Friuli Venezia Giulia	46,41	47,00	80,04	176,31	321,37	107,11	46,47	46,83	78,44	179,84	321,24	106,58
Liguria	77,43	56,80	84,92	168,04	284,70	110,47	73,06	55,16	81,91	164,14	281,05	107,24
Emilia-Romagna	72,37	56,03	89,29	180,65	312,81	116,32	69,13	54,18	85,94	178,87	312,42	113,61
Toscana	62,29	51,87	81,40	168,61	295,90	107,13	60,17	50,08	77,37	166,26	292,48	103,83
Umbria	82,18	65,58	97,68	190,51	305,86	123,60	77,43	62,66	95,14	191,85	305,77	121,37
Marche	70,47	57,23	91,64	186,67	305,61	117,36	64,64	52,68	87,07	178,43	297,36	111,85
Lazio	78,33	54,08	89,28	180,96	289,68	114,60	78,36	52,77	87,85	182,19	293,34	114,19
Abruzzo	99,18	59,62	94,49	198,45	303,48	124,21	94,24	53,82	88,84	191,25	295,91	118,28
Molise	86,11	59,65	100,77	217,52	306,45	128,15	88,47	52,92	93,22	199,92	277,70	118,83
Campania	71,59	60,43	99,53	223,09	308,46	126,31	68,10	55,95	95,66	218,56	302,49	122,14
Puglia	102,27	68,03	109,41	232,62	340,42	141,12	97,77	62,90	101,19	217,85	325,18	132,31
Basilicata	72,45	47,66	86,80	196,39	294,42	113,87	67,64	42,18	83,12	183,64	269,56	106,71
Calabria	83,98	58,43	94,71	204,96	287,34	121,09	78,91	49,98	87,52	194,63	268,45	112,54
Sicilia	90,28	54,67	87,42	196,45	283,68	116,31	84,37	51,10	84,15	197,92	280,36	113,13
Sardegna	96,85	62,18	98,75	192,49	331,54	128,77	89,04	58,82	93,88	191,09	325,12	123,84
Italia	76,97	56,25	90,01	188,28	297,39	116,59	72,66	53,24	86,57	186,01	294,76	113,28

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1° gennaio 2012.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione censuaria italiana del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Tabella 2 - Tasso (specifico e standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di Ricovero Ordinario per riabilitazione per regione - Anni 2011, 2012

Regioni	2011				Tassi std	2012*				Tassi std
	0-44	45-64	65-74	75+		0-44	45-64	65-74	75+	
Piemonte	1,67	7,32	18,83	25,88	7,54	1,47	7,05	19,12	25,06	7,30
Valle d'Aosta	1,20	6,79	23,97	21,48	7,23	0,90	6,72	21,23	21,04	6,72
Lombardia	1,40	7,08	23,26	39,19	9,17	1,42	7,10	23,38	38,81	9,16
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,56</i>	<i>3,84</i>	<i>15,07</i>	<i>32,49</i>	<i>6,29</i>	<i>0,52</i>	<i>3,55</i>	<i>15,44</i>	<i>29,92</i>	<i>5,96</i>
<i>Trento</i>	<i>1,22</i>	<i>7,01</i>	<i>24,99</i>	<i>32,42</i>	<i>8,54</i>	<i>1,49</i>	<i>7,45</i>	<i>25,61</i>	<i>33,14</i>	<i>8,94</i>
Veneto	0,65	3,75	13,66	17,24	4,59	0,67	3,91	14,09	17,66	4,73
Friuli-Venezia Giulia	0,60	2,54	7,46	7,65	2,59	0,72	2,65	7,54	7,34	2,65
Liguria	1,29	6,07	17,47	22,71	6,52	1,21	6,16	18,12	24,34	6,74
Emilia-Romagna	0,50	2,77	8,05	9,35	2,84	0,82	3,40	9,24	9,77	3,34
Toscana	0,50	2,24	7,49	11,25	2,83	0,49	2,05	7,44	10,97	2,73
Umbria	0,84	3,87	11,01	11,76	3,87	0,74	4,11	11,89	11,20	3,92
Marche	0,58	2,56	7,91	8,42	2,71	0,66	2,44	7,87	8,67	2,74
Lazio	0,64	3,62	13,13	24,62	5,26	0,61	3,69	13,87	26,17	5,49
Abruzzo	0,76	3,87	13,11	19,93	4,90	0,80	3,76	13,28	20,61	4,97
Molise	0,86	4,22	14,55	17,28	4,92	0,78	4,23	15,47	14,36	4,68
Campania	0,51	2,56	8,30	11,77	3,06	0,47	2,64	8,56	12,10	3,12
Puglia	1,86	6,97	16,18	19,06	6,55	1,76	6,67	15,81	18,29	6,30
Basilicata	0,75	3,65	10,71	13,69	3,93	0,96	3,77	11,81	16,92	4,52
Calabria	0,82	3,49	11,45	14,14	4,05	0,75	3,70	11,59	12,86	3,96
Sicilia	0,90	3,18	9,09	10,42	3,37	0,90	3,49	10,06	11,07	3,63
Sardegna	0,47	1,46	4,73	5,87	1,75	0,45	1,75	5,20	5,86	1,87
Italia	0,94	4,42	13,74	19,66	5,18	0,94	4,49	14,12	19,77	5,25

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1° gennaio 2012.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione censuaria italiana del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Tabella 3 - Tasso (specifico e standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di Ricovero Ordinario per lungodegenza per regione - Anni 2011, 2012

Regioni	2011				2012*			
	0-64	65-74	75+	Tassi std	0-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,50	3,88	15,23	2,38	0,60	3,99	15,83	2,53
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,05	0,00	0,53	0,09	0,03	0,07	0,90	0,12
Lombardia	0,10	1,23	5,99	0,83	0,14	1,33	5,51	0,82
Bolzano-Bozen	0,58	7,89	29,88	4,38	0,62	7,59	36,72	5,08
Trento	0,44	4,96	23,55	3,31	0,52	4,98	25,71	3,59
Veneto	0,24	2,95	15,02	2,05	0,22	2,86	15,39	2,07
Friuli Venezia Giulia	0,20	2,49	12,52	1,72	0,29	2,93	16,12	2,20
Liguria	0,11	0,90	3,70	0,57	0,21	1,53	5,57	0,90
Emilia-Romagna	0,87	10,12	45,24	6,43	0,92	10,91	47,25	6,77
Toscana	0,16	1,48	5,97	0,90	0,16	1,51	6,33	0,94
Umbria	0,08	0,40	1,47	0,25	0,07	0,37	1,83	0,28
Marche	0,65	3,65	16,27	2,58	0,63	3,82	16,72	2,63
Lazio	0,11	1,50	9,42	1,22	0,11	1,46	10,14	1,29
Abruzzo	0,28	2,45	9,87	1,50	0,19	1,95	9,73	1,36
Molise	0,28	1,84	8,42	1,28	0,18	1,58	9,40	1,28
Campania	0,91	2,30	4,78	1,46	0,91	2,24	4,17	1,38
Puglia	0,14	1,31	5,33	0,80	0,13	1,13	4,69	0,71
Basilicata	0,32	2,80	7,73	1,34	0,44	3,54	14,46	2,21
Calabria	0,35	3,29	7,97	1,44	0,21	2,49	6,69	1,12
Sicilia	0,10	1,18	4,05	0,62	0,10	1,23	4,67	0,69
Sardegna	0,12	1,15	4,40	0,67	0,17	1,62	7,07	1,04
Italia	0,32	2,65	11,56	1,73	0,34	2,73	12,11	1,81

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1° gennaio 2012.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione censuaria italiana del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Ricoveri ed accessi in Day Hospital, Day Surgery e “One Day Surgery”

Significato. Gli indicatori proposti si riferiscono all’attività di ricovero svolta nelle discipline per acuti in regime assistenziale diurno (Day Hospital-DH e Day Surgery-DS). Essi sono rappresentati dal numero di ricoveri e di accessi ai servizi ospedalieri diurni, numero medio di accessi per ricovero, ovvero durata media delle prestazioni erogate per cicli terapeutici diurni, e percentuale dei ricoveri di DS sul totale delle dimissioni in modalità diurna. A tali indicatori si aggiunge un ulteriore indicatore rappresentato dalla

percentuale di ricoveri in “One Day Surgery”, rispetto al totale delle dimissioni con DRG chirurgico con degenza ordinaria. La modalità di ricovero in “One Day Surgery” consiste, infatti, in un ricovero per intervento chirurgico con degenza breve, non superiore alla durata di 1 giorno. Gli indicatori forniscono misure di appropriatezza dell’utilizzo della struttura ospedaliera per acuti evidenziando la prevalenza dei casi medici su quelli chirurgici in ricovero diurno e l’erogazione di prestazioni ospedaliere in “One Day Surgery”.

Numero medio di accessi in Day Hospital e Day Surgery

Numeratore	Accessi totali in regime di Day Hospital e Day Surgery
Denominatore	Dimissioni totali in Day Hospital e Day Surgery

Percentuale di ricoveri in Day Surgery

Numeratore	Ricoveri totali con DRG chirurgico in regime di Day Surgery
Denominatore	Dimissioni totali in Day Hospital e Day Surgery

x 100

Percentuale di ricoveri in “One Day Surgery”

Numeratore	Ricoveri totali con DRG chirurgico di 0-1 giorno in regime di Ricovero Ordinario
Denominatore	Dimissioni totali in regime di Ricovero Ordinario con DRG chirurgico

x 100

Validità e limiti. Nel calcolo del numero medio di accessi sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti in regime di DH e DS, effettuati presso tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale negli anni 2011 e 2012. Per individuare i ricoveri di DS e “One Day Surgery”, si utilizza il sistema di classificazione DRG, considerando in particolare le dimissioni ospedaliere che hanno attribuito un DRG chirurgico. I ricoveri di “One Day Surgery” sono ulteriormente caratterizzati da 1 solo giorno di degenza e regolare dimissione del paziente al proprio domicilio. Si ritiene necessario evidenziare che dal 1 gennaio 2009 è stata adottata una versione aggiornata del sistema di classificazione, per la codifica delle diagnosi e procedure/interventi rilevati dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). La classificazione adottata è la ICD-9-CM versione 2007 e, conseguentemente, è stata anche adottata la corrispondente classificazione DRG 24^a versione. Per i raffronti temporali è necessario prestare le opportune cautele.

Inoltre, come già specificato, esistono differenti modalità di registrazione dei ricoveri in DH da parte delle regioni. Anche per questo aspetto occorre cautela nella lettura dei dati per i confronti regionali.

Infatti, si è più volte constatato che in talune regioni vengono seguite correttamente le indicazioni fornite a livello nazionale per la registrazione dei ricoveri diurni, cioè a completamento di un ciclo programmato di accessi. In altri casi, si effettua una dimissione amministrativa forzata, ad esempio trimestrale o mensile, che comporta un incremento fittizio del numero di dimissioni in ricovero diurno.

Infine, le differenze regionali relative alle dimissioni di “One Day Surgery” possono essere dovute ad una diversa organizzazione dell’offerta dei servizi, qualora possano essere erogate in ambito ambulatoriale.

Per una migliore comprensione delle diciture riportate nelle tabelle, con DH si intendono le dimissioni per acuti con DRG medico o non classificato, mentre con DS le dimissioni con DRG chirurgico. Nello specifico, la “One Day Surgery” riguarda i casi di dimissione in regime ordinario, con durata della degenza non superiore ad 1 giorno e DRG chirurgico.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi specifici. Il confronto dei dati regionali con quello nazionale consente di evidenziare le differenti modalità di registrazione degli accessi in regime diurno nelle regioni.

Tabella 1 - Dimissioni, accessi e numero medio di accessi (valori assoluti) in Day Hospital e Day Surgery per regione - Anni 2011, 2012

Regioni	2011						2012					
	Day Hospital			Day Surgery			Day Hospital			Day Surgery		
	Dimissioni	Accessi	N medio accessi									
Piemonte	80.224	385.331	4,80	99.535	103.944	1,04	70.499	307.085	4,36	90.644	93.612	1,03
Valle d'Aosta	2.779	15.854	5,70	3.342	3.764	1,13	3.035	16.201	5,34	3.660	3.873	1,06
Lombardia	175.070	636.315	3,63	137.913	142.155	1,03	83.860	187.318	2,23	139.626	143.474	1,03
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>7.919</i>	<i>30.112</i>	<i>3,80</i>	<i>13.710</i>	<i>15.893</i>	<i>1,16</i>	<i>7.099</i>	<i>27.051</i>	<i>3,81</i>	<i>12.879</i>	<i>14.738</i>	<i>1,14</i>
<i>Trento</i>	<i>7.970</i>	<i>44.753</i>	<i>5,62</i>	<i>22.053</i>	<i>27.864</i>	<i>1,26</i>	<i>7.832</i>	<i>44.110</i>	<i>5,63</i>	<i>21.200</i>	<i>26.989</i>	<i>1,27</i>
Veneto	46.768	131.290	2,81	132.537	216.760	1,64	38.015	104.111	2,74	117.084	181.544	1,55
Friuli Venezia Giulia	19.380	117.729	6,07	31.449	60.439	1,92	19.746	117.402	5,95	32.662	61.443	1,88
Liguria	71.356	306.666	4,30	53.927	102.364	1,90	60.152	282.519	4,70	48.474	88.233	1,82
Emilia-Romagna	89.458	737.061	8,24	106.722	166.533	1,56	86.497	733.047	8,47	92.745	136.556	1,47
Toscana	78.842	382.462	4,85	68.951	76.379	1,11	70.356	341.481	4,85	69.526	74.545	1,07
Umbria	14.844	66.242	4,46	15.198	17.395	1,14	13.186	61.974	4,70	14.486	15.496	1,07
Marche	26.172	133.428	5,10	34.667	35.812	1,03	25.581	138.425	5,41	28.199	29.450	1,04
Lazio	219.755	710.329	3,23	103.570	239.248	2,31	215.836	693.012	3,21	112.249	260.151	2,32
Abruzzo	27.194	133.168	4,90	35.072	41.422	1,18	26.602	137.092	5,15	30.979	39.714	1,28
Molise	11.301	38.804	3,43	10.798	15.486	1,43	10.139	35.230	3,47	9.891	14.433	1,46
Campania	214.678	675.246	3,15	162.584	398.750	2,45	209.881	689.259	3,28	168.928	409.357	2,42
Puglia	114.659	281.217	2,45	95.890	140.314	1,46	87.519	241.011	2,75	70.159	97.929	1,40
Basilicata	19.241	67.173	3,49	11.660	26.107	2,24	13.483	53.952	4,00	8.360	14.006	1,68
Calabria	56.689	224.494	3,96	25.426	39.379	1,55	50.532	204.257	4,04	25.220	36.781	1,46
Sicilia	172.190	572.733	3,33	117.677	192.545	1,64	141.783	481.531	3,40	117.744	198.724	1,69
Sardegna	41.756	172.549	4,13	40.702	45.360	1,11	36.960	166.042	4,49	39.145	45.170	1,15
Italia	1.498.245	5.862.956	3,91	1.323.383	2.107.913	1,59	1.278.593	5.062.110	3,96	1.253.860	1.986.218	1,58

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Tabella 2 - Ricoveri e numero medio di accessi (valori assoluti) in Day Surgery e One Day Surgery per regione - Anni 2011, 2012

Regioni	2011		2012	
	Day Surgery	One Day Surgery	Day Surgery	One Day Surgery
Piemonte	55,37	31,90	56,25	32,38
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	54,60	11,75	54,67	16,79
Lombardia	44,06	22,74	62,48	23,27
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>63,39</i>	<i>6,49</i>	<i>64,47</i>	<i>5,63</i>
<i>Trento</i>	<i>73,45</i>	<i>7,75</i>	<i>73,02</i>	<i>7,49</i>
Veneto	73,92	12,84	75,49	12,51
Friuli Venezia Giulia	61,87	24,94	62,32	25,34
Liguria	43,04	6,23	44,62	5,96
Emilia-Romagna	54,40	26,19	51,74	25,91
Toscana	46,65	25,79	49,70	25,22
Umbria	50,59	29,71	52,35	28,38
Marche	56,98	28,42	52,43	27,54
Lazio	32,03	7,71	34,21	7,95
Abruzzo	56,33	10,73	53,80	9,58
Molise	48,86	6,63	49,38	6,34
Campania	43,10	8,62	44,59	8,82
Puglia	45,54	17,07	44,50	15,58
Basilicata	37,73	10,72	38,27	12,94
Calabria	30,96	8,67	33,29	8,41
Sicilia	40,60	3,56	45,37	3,69
Sardegna	49,36	12,39	51,44	13,17
Italia	46,90	17,88	49,51	17,81

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Ospedalizzazione per DRG medici e chirurgici

Significato. L'indicatore illustrato confronta i Tassi di Dimissione (TD) per DRG medico e chirurgico, sia per il regime di degenza ordinaria che per quello diurno, con lo scopo di valutare, nell'ambito di ogni regione, il contributo fornito da ciascuna componente al TD complessivo. In questo contesto, viene analizzata anche la percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri. L'indicatore è inserito nel *set* di indicatori di appropriatezza di cui all'allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 del dicembre 2009.

La variabilità regionale del TD generale si riflette, naturalmente, anche sui TD per DRG medici e chirurgici. La variabilità geografica fornisce una rappresentazione abbastanza efficace delle politiche attuate dalle diverse regioni in termini di dimensionamento dell'offerta ospedaliera, di contrasto dei ricoveri inappropriati, di organizzazione dei servizi di Pronto

Soccorso e di diagnosi strumentale e di decentramento dell'assistenza verso *setting* assistenziali extradegenza o verso i servizi distrettuali.

Le differenze dei TD medici sono, in massima parte, spiegabili dalle variabili legate alla struttura dell'offerta ed alle politiche organizzative di governo della domanda. Anche il TD chirurgico è correlato al dimensionamento dell'offerta, ma a tale riguardo è importante considerare che anche altri fattori possono influenzare caratteristiche e volumi del servizio reso in termini di accesso ed erogazione delle prestazioni chirurgiche, in particolare quando si evidenziano situazioni di sovra o sotto utilizzo delle stesse (ad esempio, consenso non univoco dei professionisti riguardo le indicazioni all'intervento, caratteristiche dei *setting* assistenziali proposti, livello di informazione dei pazienti etc.).

Tasso di dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici*

$$\begin{array}{l} \text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici} \\ \hline \text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente} \end{array} \times 1.000$$

Percentuale di DRG chirurgici sul totale dei dimessi

$$\begin{array}{l} \text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere per DRG chirurgici} \\ \hline \text{Denominatore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici} \end{array} \times 100$$

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

Validità e limiti. Nel calcolo del tasso di ospedalizzazione sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti escludendo i ricoveri per lungodegenza e riabilitazione. Quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina ed a popolazioni confrontabili per caratteristiche demografiche ed epidemiologiche, il TD esprime la domanda soddisfatta. Quando si confrontano dati relativi al complesso della casistica trattata in un determinato contesto geografico intervengono anche dei fattori confondenti per cui deve essere posta la massima attenzione alla possibile variabilità determinata da differenze demografiche ed epidemiologiche esistenti nelle diverse realtà. Per evitare di sottovalutare tali aspetti ed attenuare, almeno in parte, il fattore di confondimento dovuto alla diversa composizione per età della popolazione, i TD sono stati standardizzati per età con riferimento alla popolazione media residente in Italia nel 2011. Peraltro, qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime di Day Hospital (DH) medico, in quanto alcune regioni hanno adottato proprie modalità di

registrazione dei cicli e degli accessi effettuati in regime diurno. Per i DRG chirurgici occorre tenere conto del fatto che alcune regioni, soprattutto del Centro e del Nord, hanno da tempo attivato percorsi ambulatoriali extradegenza per l'esecuzione di interventi chirurgici di bassa complessità ed alta incidenza (ad esempio, decompressione tunnel carpale, interventi sul cristallino etc.).

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per i tassi di ospedalizzazione dei ricoveri di tipo medico o chirurgico. L'allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 prevede per l'indicatore "Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri", uno standard pari al valore medio delle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza. In questa sede riteniamo che il confronto dei tassi regionali con il valore nazionale consenta di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero per le due tipologie considerate. È opportuno, peral-

tro, precisare che, per i ricoveri di tipo medico, i TD più bassi possono fornire una misura abbastanza significativa delle reali possibilità di contenere l'ospedalizzazione e contrastare l'inappropriatezza dei ricoveri. Al contrario, per i DRG chirurgici, gli scostamenti dal valore nazionale, sia in senso positivo

che negativo, consentono solo una descrizione del fenomeno ed, in assenza di ulteriori e più approfondite indagini, non permettono di trarre conclusioni certe riguardo all'appropriatezza dell'offerta ed al governo della domanda.

Tabella 1 - Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici e percentuale di DRG chirurgici per regime di ricovero e regione - Anni 2010-2012

Regioni	2010						2011						2012*														
	DRG Medici		DRG Chirurgici		% DRG Chirurgici		DRG Medici		DRG Chirurgici		% DRG Chirurgici		DRG Medici		DRG Chirurgici		% DRG Chirurgici										
	RO	DH Totale	RO	DH Totale	RO	DH Totale	RO	DH Totale	RO	DH Totale	RO	DH Totale	RO	DH Totale	RO	DH Totale	RO	DH Totale									
Piemonte	52,5	19,2	71,8	51,3	23,0	74,4	48,9	54,7	50,6	54,5	18,8	73,3	52,1	22,4	74,5	54,2	51,3	53,4	53,4	16,3	69,7	51,4	20,5	71,9	55,1	53,8	54,8
Valle d'Aosta	65,2	22,0	87,2	56,1	26,1	82,2	45,7	54,5	48,2	70,8	24,3	95,1	57,0	22,1	85,1	51,9	47,6	50,5	50,8	25,2	97,4	56,5	29,6	86,1	50,8	49,0	50,2
Lombardia	64,9	18,6	83,4	50,6	14,0	64,6	43,5	42,7	43,4	65,9	17,3	83,1	51,7	13,6	65,4	48,9	38,5	46,6	50,4	8,5	72,1	51,7	13,7	65,4	50,4	52,1	50,7
Bolzano-Bozen	83,3	16,6	99,8	43,3	30,3	73,6	33,9	64,2	42,1	87,0	15,5	102,5	45,2	26,7	71,9	39,8	59,6	45,4	40,4	14,0	98,8	44,4	24,7	69,1	40,4	62,4	46,6
Trento	59,4	13,4	72,8	37,9	41,4	79,3	38,3	75,6	51,6	66,2	16,9	83,1	40,3	44,3	84,6	45,3	67,6	54,5	44,6	16,2	80,8	39,7	42,7	82,3	44,6	69,1	54,8
Veneto	59,7	10,6	70,3	40,3	28,3	68,6	39,8	72,6	48,8	59,3	9,7	69,0	39,1	27,0	66,1	45,9	71,8	54,9	47,0	8,0	65,9	39,2	23,9	63,0	47,0	73,1	55,5
Friuli Venezia Giulia	58,3	13,9	72,2	45,0	23,5	68,6	42,3	63,1	47,5	62,1	13,5	75,5	45,7	23,2	68,9	51,5	60,3	54,3	60,9	13,6	74,5	46,3	23,4	69,7	52,7	59,3	54,8
Liguria	65,1	45,8	110,9	41,5	33,1	74,7	37,9	41,9	39,5	68,2	39,4	107,6	42,6	33,5	76,1	41,6	47,2	44,1	41,0	30,5	71,5	41,0	30,5	71,5	41,0	49,6	44,6
Emilia-Romagna	63,8	18,8	82,6	48,1	21,9	70,0	41,6	53,7	44,7	67,2	19,0	86,2	49,6	21,9	71,6	50,5	50,9	50,6	65,6	18,3	83,9	48,5	19,5	68,0	51,0	50,0	50,7
Toscana	58,9	21,1	80,0	46,3	17,6	63,8	42,8	46,0	43,6	60,9	19,0	80,0	46,6	18,3	64,9	51,7	44,8	49,4	59,0	16,7	75,7	45,2	18,4	63,6	51,7	48,3	50,6
Umbria	69,9	22,4	92,3	50,4	18,1	68,5	40,7	45,5	41,9	71,7	18,3	90,0	52,1	16,0	68,1	47,5	38,2	45,3	69,7	16,4	86,2	51,9	15,5	67,4	48,4	41,4	46,8
Marche	64,3	17,2	81,5	51,0	20,8	71,8	42,9	55,6	46,0	65,6	17,7	83,2	51,9	21,2	73,1	51,0	47,0	49,9	61,8	17,2	79,0	50,2	17,8	68,0	52,0	46,0	50,3
Lazio	68,5	37,9	106,4	45,9	20,7	66,6	39,8	35,4	38,3	68,2	36,0	104,2	46,4	19,2	65,6	42,1	31,5	37,7	67,0	35,5	102,5	47,3	20,5	67,7	43,2	33,1	39,0
Abruzzo	74,2	22,9	97,1	45,8	27,4	73,2	37,4	55,3	42,6	76,5	23,5	99,9	47,5	26,7	74,3	40,5	46,6	42,4	71,6	22,5	94,2	46,5	24,1	70,5	42,5	46,2	43,7
Molise	86,2	37,1	123,3	46,2	24,8	71,0	33,9	41,2	36,2	81,9	36,9	118,8	46,0	27,2	73,2	39,5	33,2	37,2	74,3	33,3	107,6	44,1	25,9	70,0	39,9	35,3	38,2
Campania	82,0	40,1	122,1	46,7	28,3	75,0	36,2	40,7	37,8	78,9	40,1	119,0	46,2	30,1	76,3	36,9	35,9	36,5	75,0	39,0	114,1	45,9	31,2	77,1	37,9	37,2	37,6
Puglia	91,3	33,9	125,2	54,4	26,1	80,5	36,9	43,5	38,8	87,7	30,3	118,0	52,7	25,5	78,2	38,5	34,2	37,2	81,6	23,3	104,9	50,1	18,5	68,6	39,1	35,9	38,3
Basilicata	68,9	38,6	107,5	40,8	25,8	66,6	36,4	40,3	37,8	69,6	34,6	104,2	43,9	21,0	64,9	42,0	31,6	38,2	62,9	24,8	87,7	43,2	16,6	59,8	44,6	34,6	41,3
Calabria	81,8	34,9	116,7	38,7	15,2	53,9	31,7	30,3	31,3	80,7	34,2	114,9	39,7	15,8	55,4	35,2	29,7	33,4	72,4	30,6	103,0	39,4	15,4	54,8	37,2	31,6	35,3
Sicilia	73,2	36,5	109,7	39,5	23,8	63,3	34,5	39,3	36,2	73,5	35,6	109,1	42,2	23,9	66,1	36,7	37,6	37,0	70,2	29,3	99,6	42,3	24,0	66,3	38,2	42,3	39,8
Sardegna	82,8	26,5	109,3	40,3	24,0	64,3	32,8	48,0	37,2	85,3	26,8	112,1	43,5	25,6	69,1	36,1	41,9	37,9	80,8	23,6	104,4	43,1	24,6	67,7	38,0	44,2	39,9
Italia	68,8	26,3	95,1	46,5	22,3	68,8	39,8	46,0	41,6	69,3	25,1	94,4	47,2	22,1	69,3	44,0	41,9	43,3	66,6	21,4	88,0	46,7	21,0	67,7	45,1	44,6	45,0

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1° gennaio 2012.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute, SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Degenza media

Significato. Un indicatore sintetico di efficienza ospedaliera, calcolabile per i ricoveri effettuati in regime ordinario, è rappresentato dalla degenza media, ovvero dalla durata media della degenza ospedaliera espressa in giorni. Questo indicatore, oltre a fornire una misura dell'efficienza operativa ed organizzativa ospedaliera, è fortemente influenzato dalla complessità di tipo sanitario-assistenziale dei casi trattati. Per approfondire l'analisi della degenza media si è proceduto alla standardizzazione di questo indicatore rispetto al *case mix*. La degenza media regionale standardizzata per *case mix* rappresenta il valore teorico-atteso che si osserverebbe della degen-

za media, se ogni regione presentasse una casistica di ricoveri ospedalieri della medesima complessità di quella dello standard di riferimento. Tale standard di riferimento è la composizione per DRG dei dimessi dell'intera casistica nazionale. In altre parole è una degenza media "non reale" o "attesa": una diminuzione di tale valore, a seguito della standardizzazione, sta a significare che la regione ha una casistica ospedaliera di complessità maggiore rispetto a quella nazionale; al contrario, un aumento della degenza media standardizzata indica la presenza di una casistica con minore complessità.

Degenza media*

Numeratore	Giornate di degenza erogate in Regime Ordinario
Denominatore	Dimissioni totali in Regime Ordinario

*La formula della standardizzazione per *case mix* è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. Nel calcolo della degenza media sono stati esclusi i ricoveri dei nati sani e sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti, in regime di degenza ordinaria, effettuati da tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale. La lettura della degenza media grezza e standardizzata non è sufficiente a descrivere l'efficienza ospedaliera.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi aggiornati sulla degenza media. Si è osservato, nel tempo, una progressiva tendenza alla riduzione della durata della degenza ospedaliera, sia per effetto dell'introduzione del finanziamento prospettico delle prestazioni ospedaliere, che per le politiche sanitarie in materia di appropriatezza.

Tabella 1 - Degenza media (grezza e standardizzata per case mix) per genere e regione - Anni 2010-2012

Regioni	Maschi						Femmine						Totale					
	2010		2011		2012		2010		2011		2012		2010	2012				
	Grezza	Std																
Piemonte	7,2	7,3	7,2	7,3	7,1	7,3	6,9	7,0	6,8	7,0	6,7	6,9	7,1	7,2	7,0	7,1	6,9	7,0
Valle d'Aosta	8,3	7,8	8,9	8,0	8,1	7,4	8,0	7,5	7,9	7,5	7,3	7,2	8,1	7,9	8,3	7,9	7,7	7,4
Lombardia	7,0	7,3	7,1	7,4	7,0	7,4	6,6	6,9	6,6	6,9	6,6	6,9	6,8	7,1	6,8	7,2	6,8	7,2
Bolzano-Bozen	6,9	7,1	6,8	7,0	6,9	7,0	6,9	6,9	6,8	6,9	6,8	6,8	6,9	7,0	6,8	7,0	6,8	7,0
Trento	8,0	7,7	8,1	7,7	8,0	7,5	7,5	7,4	7,4	7,2	7,3	7,0	7,7	7,5	7,7	7,5	7,6	7,3
Veneto	8,5	8,0	8,6	8,2	8,7	8,3	7,8	7,5	7,9	7,5	7,8	7,5	8,1	7,8	8,2	7,9	8,2	7,9
Friuli Venezia Giulia	7,7	7,5	7,7	7,5	7,5	7,4	7,2	7,1	7,3	7,1	7,0	7,0	7,4	7,3	7,5	7,3	7,3	7,2
Liguria	8,4	7,5	8,5	7,7	8,4	7,6	7,9	7,0	7,9	7,1	7,7	6,9	8,1	7,2	8,2	7,4	8,0	7,2
Emilia-Romagna	6,6	6,6	6,6	6,6	6,5	6,6	6,1	6,1	6,2	6,1	6,1	6,1	6,3	6,3	6,4	6,4	6,3	6,3
Toscana	6,7	6,4	6,7	6,4	6,6	6,3	6,4	6,1	6,3	6,0	6,3	6,0	6,5	6,2	6,5	6,2	6,4	6,1
Umbria	6,1	6,4	6,2	6,6	6,2	6,6	5,8	6,0	5,8	6,1	5,9	6,1	6,0	6,2	6,0	6,3	6,0	6,3
Marche	7,1	7,2	7,3	7,3	7,4	7,4	6,6	6,7	6,8	6,8	6,9	6,8	6,9	6,9	7,0	7,0	7,1	7,1
Lazio	7,7	7,7	7,9	7,8	7,8	7,8	6,9	7,0	6,9	7,1	6,9	7,0	7,3	7,3	7,3	7,4	7,3	7,4
Abruzzo	7,2	7,2	7,4	7,4	7,4	7,4	6,8	6,6	6,9	6,7	6,9	6,8	7,0	6,9	7,1	7,0	7,1	7,0
Molise	6,8	7,1	7,2	7,3	7,2	7,6	6,6	6,6	6,8	6,7	6,8	6,8	6,7	6,9	7,0	7,0	7,0	7,2
Campania	5,9	6,6	6,2	6,7	6,2	6,7	5,5	6,1	5,7	6,2	5,7	6,2	5,7	6,3	5,9	6,4	6,0	6,5
Puglia	6,4	6,8	6,5	6,9	6,6	7,0	6,1	6,5	6,1	6,5	6,2	6,6	6,2	6,6	6,3	6,7	6,4	6,7
Basilicata	7,2	7,1	7,0	7,0	7,2	7,2	6,7	6,4	6,7	6,6	6,6	6,4	6,9	6,8	6,9	6,8	6,8	6,8
Calabria	6,8	7,2	6,8	7,2	6,9	7,2	6,4	6,7	6,5	6,7	6,4	6,6	6,6	6,9	6,6	6,9	6,6	6,9
Sicilia	6,6	6,6	6,8	6,8	6,8	6,8	6,2	6,2	6,4	6,3	6,4	6,3	6,4	6,4	6,6	6,6	6,6	6,5
Sardegna	7,1	7,5	7,0	7,4	6,9	7,3	6,7	7,0	6,7	7,0	6,6	6,8	6,9	7,2	6,8	7,2	6,8	7,0
Italia	7,0	7,0	7,1	7,1	7,1	7,1	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6	6,8	6,8	6,8	6,8	6,8	6,8

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Degenza Media PreOperatoria per le procedure chirurgiche

Significato. L'indicatore Degenza Media PreOperatoria (DMPO) è compresa nel *set* di indicatori di appropriatezza presi come riferimento dal Patto per la Salute 2010-2012. Il periodo di tempo trascorso in ospedale prima di eseguire un intervento chirurgico in regime di Ricovero Ordinario (RO) è utilizzato il più delle volte per effettuare accertamenti diagnostici o altre attività terapeutiche ed assistenziali propedeutiche all'intervento stesso.

Nella grande maggioranza dei ricoveri programmati, tali attività possono e dovrebbero essere effettuate nel periodo pre-ricovero attraverso la rete ambulatoriale, il Day Service o il Day Hospital (DH). Per i ricoveri in urgenza da Pronto Soccorso è quasi sempre possibile snellire l'*iter* clinico ed assistenziale in degenza attraverso l'adozione di adeguati modelli organizzati-

vi come, ad esempio, percorsi diagnostici preferenziali e sale operatorie e/o sedute chirurgiche dedicate. Il dato della DMPO può essere, pertanto, assunto come indicatore *proxy* della capacità di una struttura e di un determinato contesto organizzativo di assicurare una efficiente gestione del percorso preoperatorio in elezione e di pianificare con efficacia, anche in urgenza, l'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica. Una elevata DMPO denota, generalmente, difficoltà di accesso ai servizi diagnostici ospedalieri o extraospedalieri alternativi al tradizionale ricovero che si traduce in un uso, potenzialmente inappropriato, dei posti letto e delle risorse umane e materiali riservate alla degenza ordinaria.

Degenza Media PreOperatoria per Ricoveri Ordinari*

Numeratore	Giornate di Degenza PreOperatoria per DRG chirurgici
Denominatore	Dimissioni con DRG chirurgici

*La formula della standardizzazione per *case mix* è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. L'indicatore non è influenzato da fattori confondenti quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina chirurgica. Quando si confrontano casistiche regionali che, verosimilmente, comprendono tutti i DRG chirurgici, deve essere posta la massima attenzione alla variabilità determinata dal diverso *case mix* trattato dalle realtà considerate. Pertanto, per rendere quanto più possibile significativo il confronto dei dati rilevati nelle singole regioni, la DMPO, degli anni 2006-2012, è stata standardizzata per il *case mix* trattato in ciascuna struttura indagata. Per la costruzione dell'indicatore sono state considerate tutte le procedure chirurgiche principali eseguite, ad eccezione di quelle relative al Capitolo 16 "Miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche" della classificazione ICD-9-CM.

Valore di riferimento/Benchmark. L'allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 prevede come benchmark il valore medio registrato nelle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza.

In questa sede riteniamo che il valore nazionale possa essere assunto come riferimento per il confronto delle diverse *performance*, mentre i valori più bassi di DMPO rilevati forniscono una misura rappresentativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso assistenziale preoperatorio messe in atto, rispetto a valori di DMPO più elevati.

Tabella 1 - Degenza Media PreOperatoria standardizzata per case mix in regime di Ricovero Ordinario per acuti e per tutte le procedure principali eseguite per regione - Anni 2006-2012

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Piemonte	1,92	1,88	1,89	1,66	1,61	1,58	1,50
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,22	1,16	1,38	1,61	1,42	1,40	1,26
Lombardia	1,72	1,75	1,76	1,73	1,73	1,72	1,69
Bolzano-Bozen	1,57	1,59	1,61	1,61	1,57	1,63	1,52
Trento	1,83	1,90	1,98	1,81	1,76	1,72	1,63
Veneto	1,85	1,81	1,84	1,79	1,78	1,78	1,73
Friuli Venezia Giulia	1,46	1,56	1,57	1,78	1,63	1,71	1,64
Liguria	2,09	2,09	2,13	1,98	1,99	1,99	2,06
Emilia-Romagna	1,63	1,63	1,67	1,63	1,27	1,23	1,22
Toscana	1,87	1,79	1,71	1,45	1,41	1,41	1,37
Umbria	1,80	1,86	1,88	1,71	1,64	1,75	1,78
Marche	1,56	1,52	1,51	1,44	1,44	1,46	1,50
Lazio	2,88	2,82	2,65	2,48	2,47	2,43	2,32
Abruzzo	2,04	1,90	1,95	1,93	1,88	1,95	1,94
Molise	2,49	2,58	2,56	2,47	2,34	2,36	2,47
Campania	2,51	2,57	2,53	2,44	2,44	2,36	2,36
Puglia	2,40	2,38	2,31	2,34	2,37	2,36	2,30
Basilicata	2,37	2,34	2,38	2,24	2,25	2,28	2,13
Calabria	2,50	2,65	2,56	2,39	2,44	2,32	2,24
Sicilia	2,16	2,18	2,13	2,11	2,11	2,06	1,96
Sardegna	2,40	2,32	2,25	2,23	2,27	2,17	2,06
Italia	2,00	1,99	1,97	1,88	1,88	1,85	1,81

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

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
Italia	3,15	3,04	0,16	0,15	0,43	0,43	3,74	3,63

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

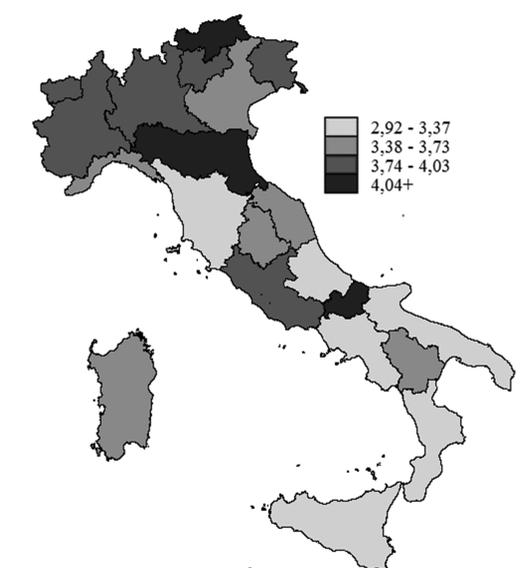
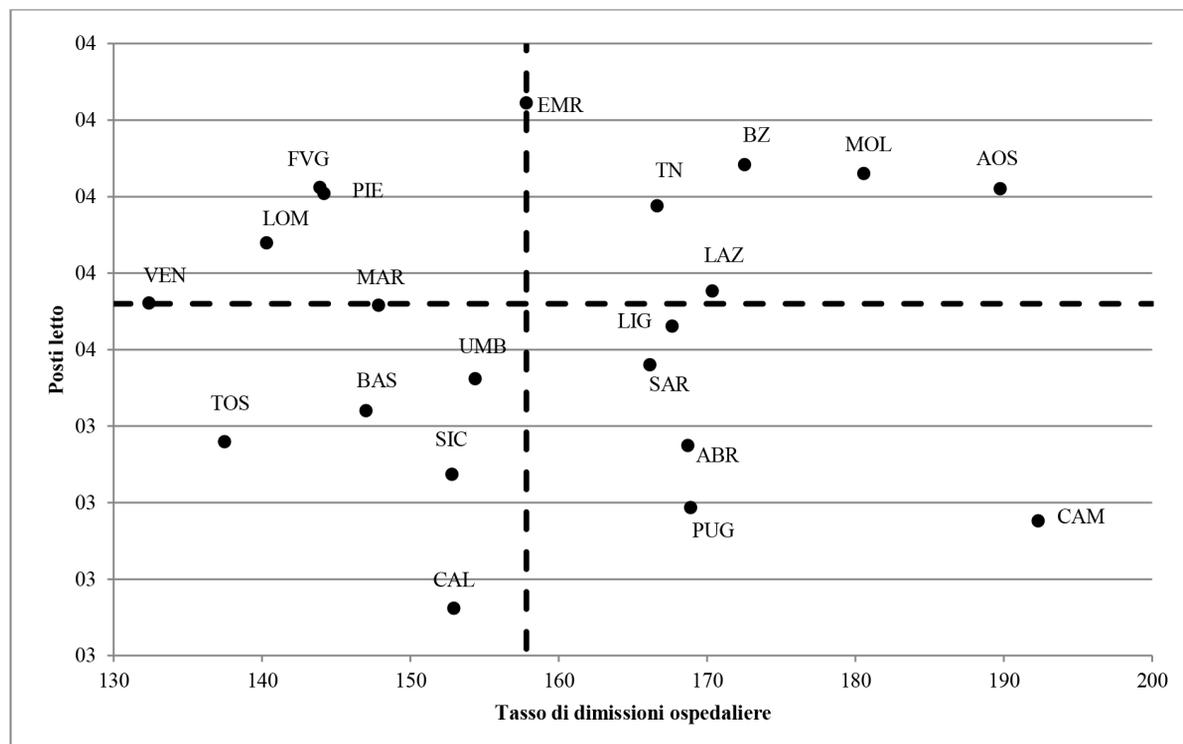


Tabella 2 - Tasso (per 1.000) di posti letto per acuti per regime di ricovero e per regione - Anni 2013-2014

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
Italia	2,77	2,68	0,38	0,36

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 programmatoria 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/.
- (5) Istat. Geo-demo "Demografia in Cifre". Disponibile sul sito: 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 ≥ 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 ≥ 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 ≥ 65 anni) con diagnosi principale di frattura del collo del femore che abbiano subito l'intervento entro 2 giorni dal ricovero	
Denominatore	Dimissioni ospedaliere (età ≥ 65 anni) con diagnosi principale di frattura del collo del femore	x 100

Validità e limiti. 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 ≥ 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

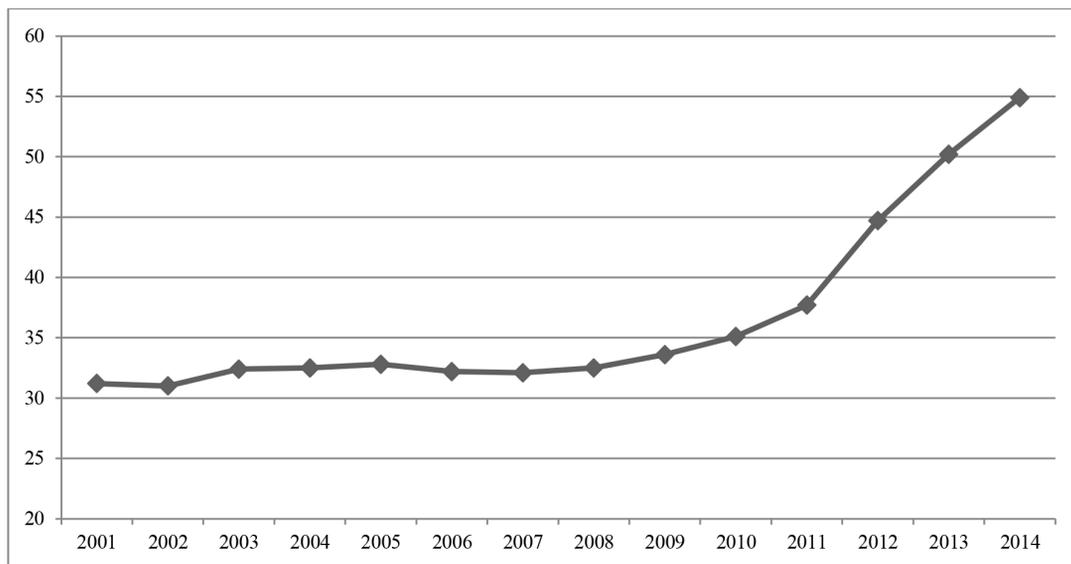
di Trento, Piemonte, Veneto, Marche, Sicilia, Basilicata e Lazio. Al contrario, si registra un valore solo lievemente inferiore al dato nazionale in Lombardia, Liguria e Umbria. Un valore molto più basso viene, invece, registrato in tutte le regioni meridionali, ad eccezione della Basilicata e della 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
Italia	35,1	37,7	44,7	50,2	54,9

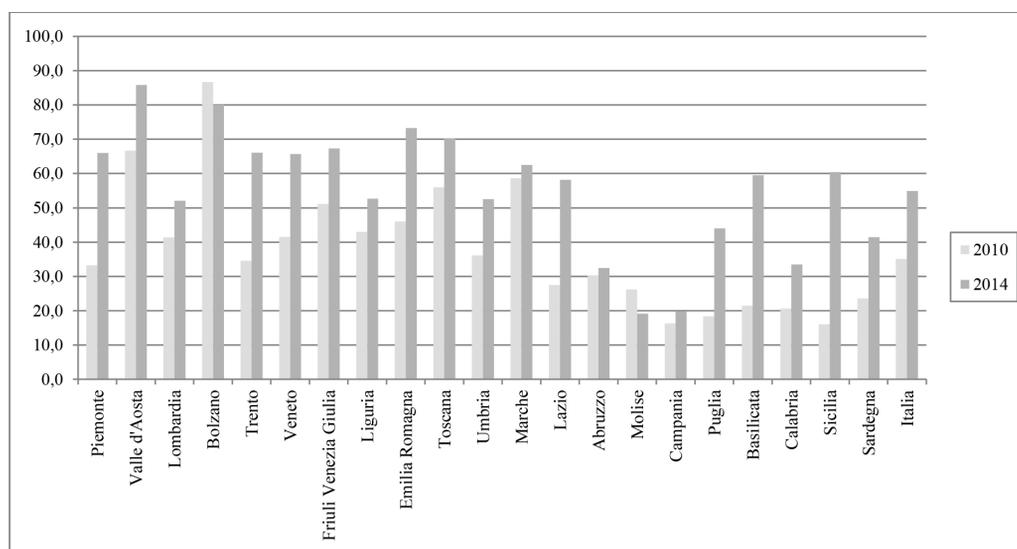
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

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.
- (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.

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).

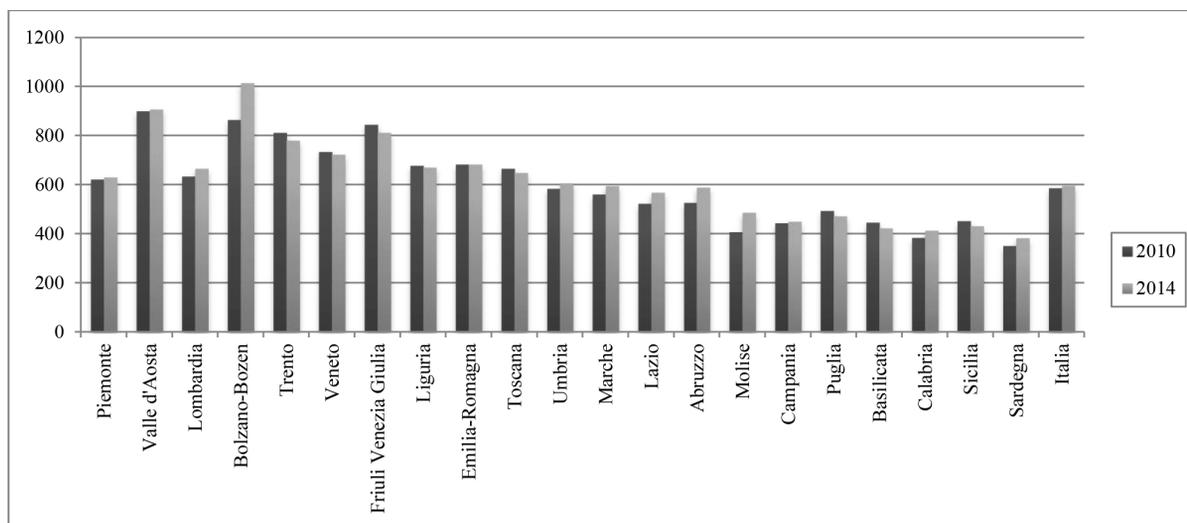
Come per gli altri indicatori precedentemente descritti, anche in questo caso si registra una considerevole variabilità regionale: il *range* varia, infatti, da 287,8 per 100.000 del Friuli Venezia Giulia a 692,6 della Valle d'Aosta. Nell'ultimo anno il calo più consistente del tasso si è registrato 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
Italia	587,0	585,5	596,8	601,7	596,4

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.

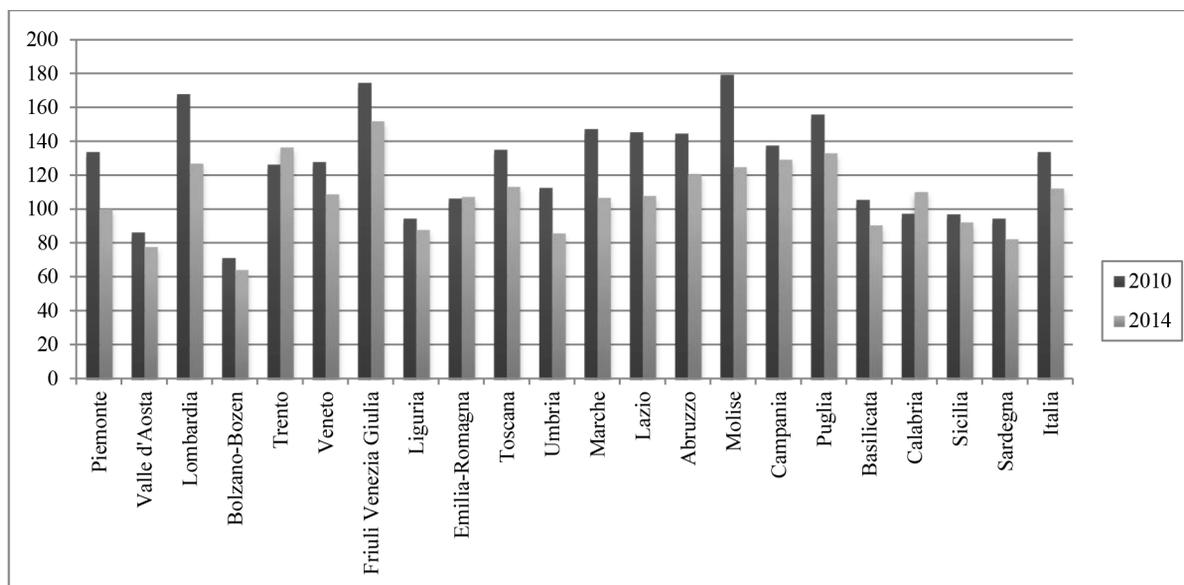
ASSISTENZA OSPEDALIERA

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
Italia	133,8	124,6	121,7	116,2	112,3

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

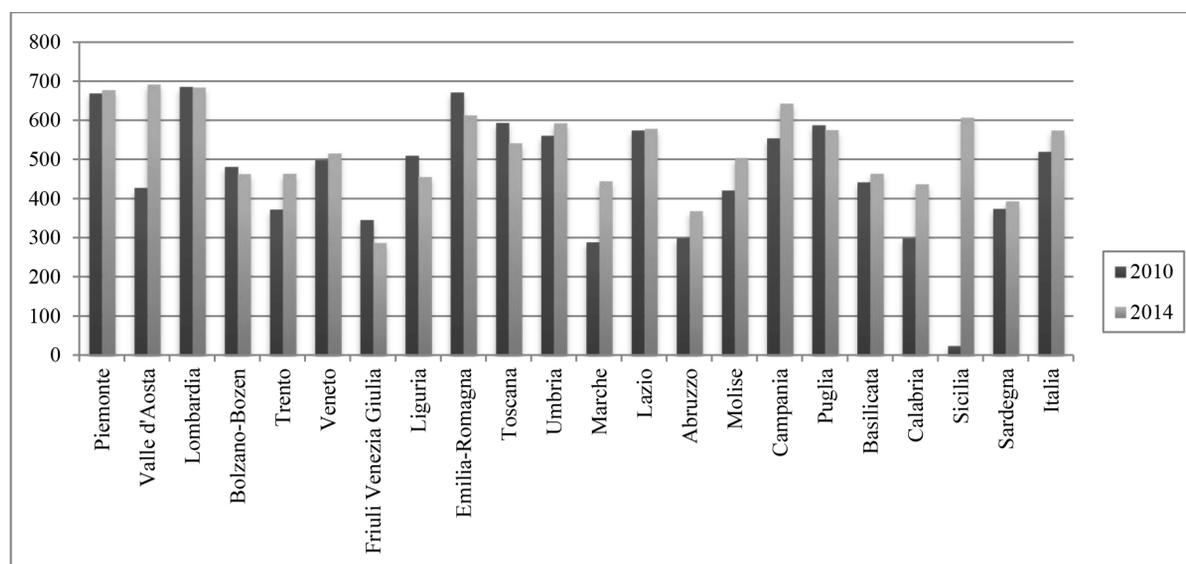
Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per bypass coronarico di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010, 2014

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
Italia	520,4	561,8	579,2	586,9	575,0

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.

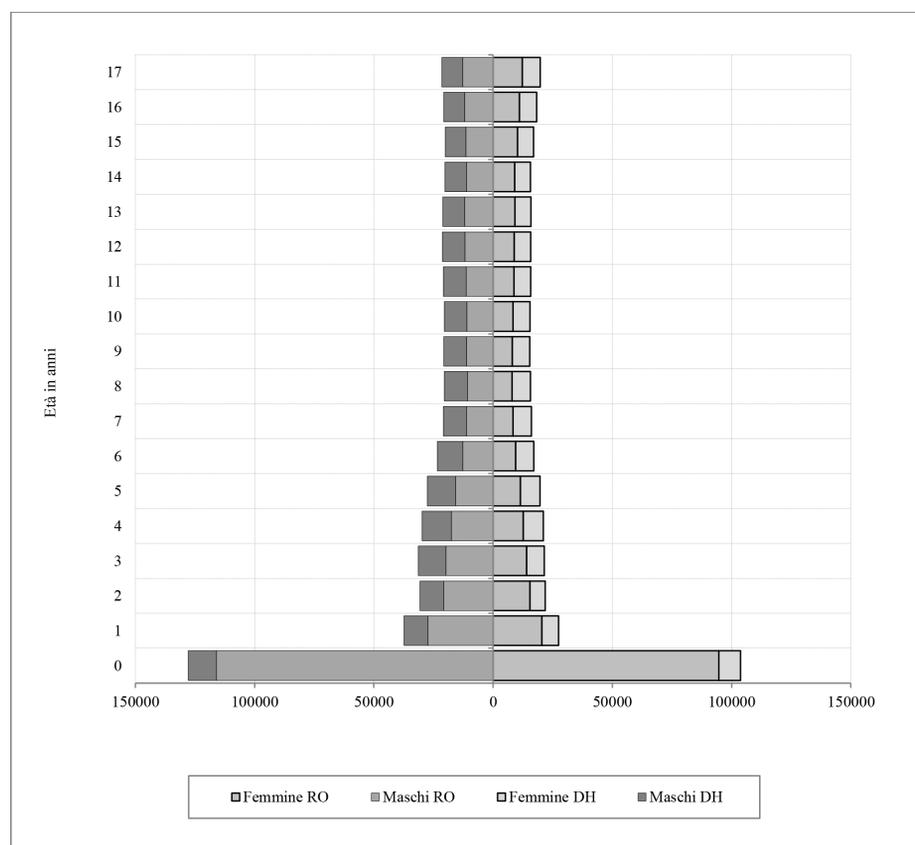
Il Grafico 1 rappresenta la distribuzione del numero assoluto delle dimissioni da reparti per acuti, genere ed età, comprensivo delle dimissioni di bambini non residenti in Italia. La distribuzione mostra anche la composizione delle dimissioni in base al regime di ricovero: ordinario e diurno.

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
Italia	481,7	413,9	82,5	66,7	42,5	35,8	47,9	39,8	82,4	66,4	76,5	61,9

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
Italia	55,4	41,4	41,8	33,0	38,3	29,6	34,1	27,6	40,4	36,8	39,3	25,9

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
Totale (Primi 15 DRG)			172.253	81,8	
Totale			210.543	100,0	

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
Totale (Primi 15 DRG)			92.367	62,4	
Totale			147.975	100,0	

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
Totale (Primi 15 DRG)			97.588	46,9	
Totale			208.235	100,0	

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
Totale (Primi 15 DRG)			25.505	36,6	
Totale			69.695	100,0	

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

DRG 060 - Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età <18 anni				
Regioni	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
Italia	16.026	14.799	20.817	83,7

*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

DRG 070 - Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età <18 anni				
Regioni	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
Italia	2.888	1.826	16.895	23,8

*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
Italia	11.528	1.158	4.348	79,9

*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 distorsivi 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

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

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

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:

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.

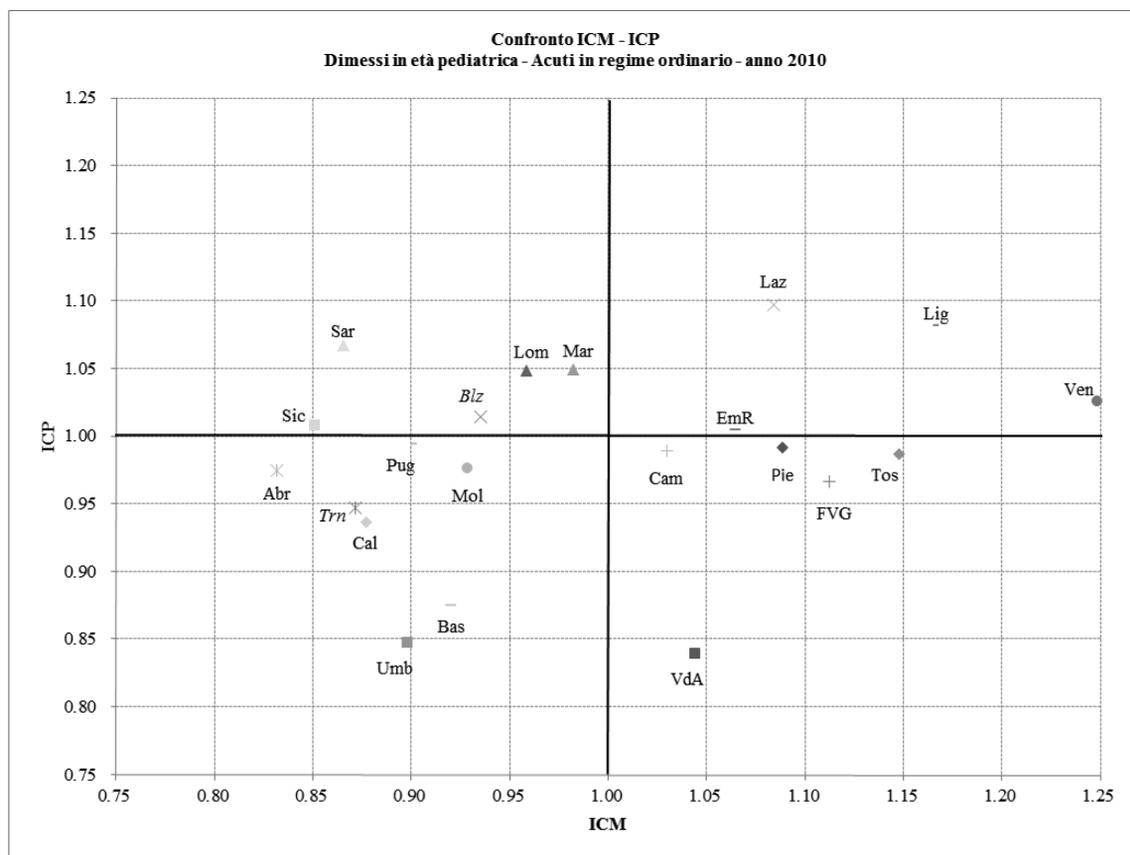
Ulteriori cautele si devono adottare nell'interpretare la rappresentazione di questi indicatori quando assumono valori molto prossimi all'unità.

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

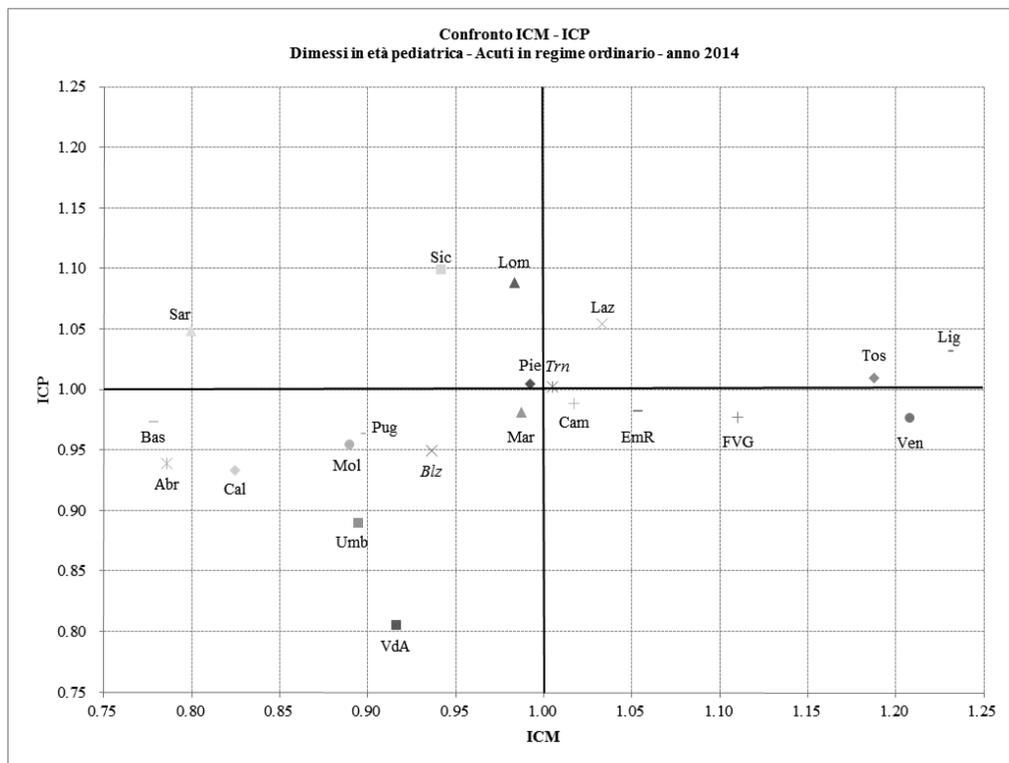
Regioni	2010		2014	
	ICM	ICP	ICM	ICP
Piemonte	1,089	0,991	0,992	1,005
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,044	0,839	0,916	0,805
Lombardia	0,959	1,048	0,983	1,088
Bolzano-Bozen	0,935	1,014	0,936	0,950
Trento	0,872	0,947	1,005	1,002
Veneto	1,249	1,026	1,208	0,976
Friuli Venezia Giulia	1,113	0,967	1,110	0,977
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
Italia	1,000	1,000	1,000	1,000

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.

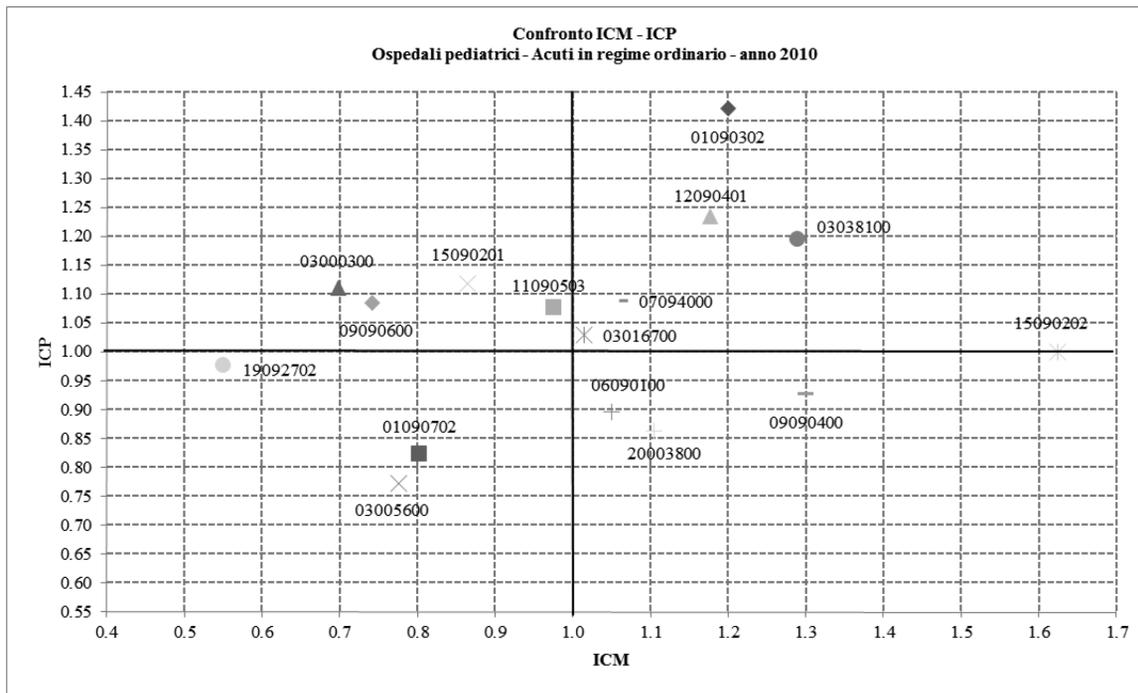
Tabella 2 - Strutture ospedaliere pediatriche

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.

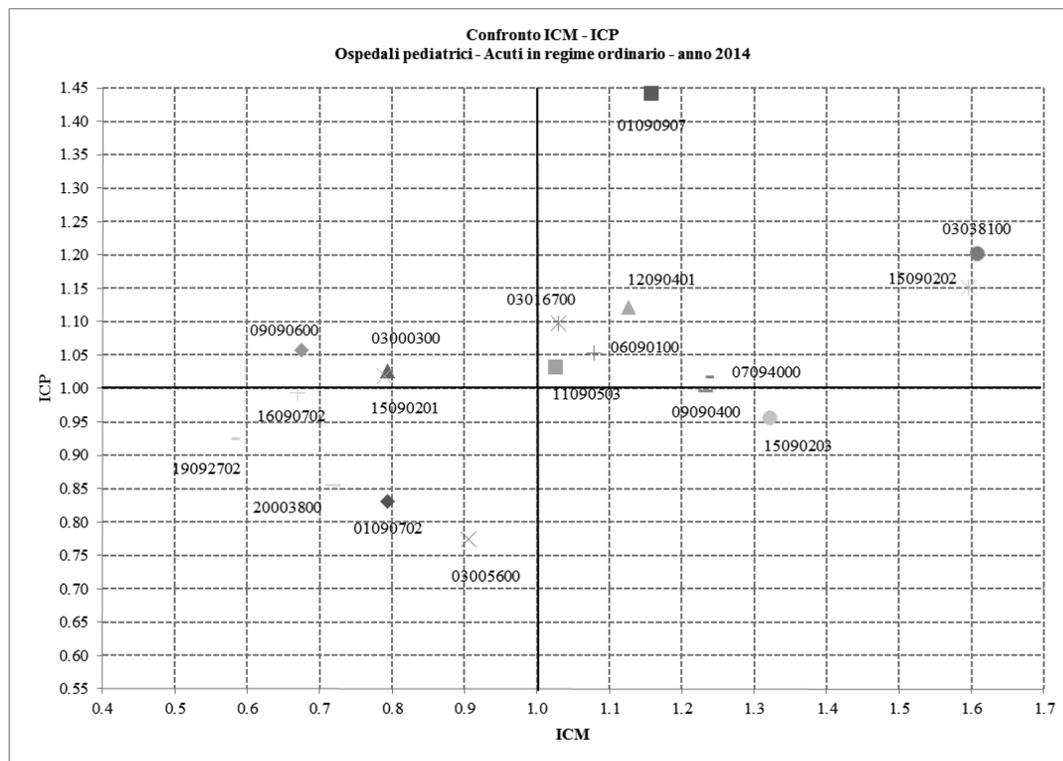
**Codice struttura 2014.

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.

Assistenza ospedaliera

Ospedalizzazione

Significato. Il tasso di ospedalizzazione fornisce una misura sintetica sul ricorso al ricovero ospedaliero della popolazione oggetto di studio. Si calcola come rapporto fra numero di ricoveri ospedalieri, ovunque effettuati, relativi a soggetti residenti in una data regione e la complessiva popolazione ivi residente. Il tasso di ospedalizzazione viene solitamente elaborato distintamente per le diverse modalità di ricovero, ossia sia per il Ricovero Ordinario che per quello diurno, com-

prendivo del Day Hospital (DH) medico e chirurgico, altrimenti detto Day Surgery. Pertanto, l'indicatore consente di descrivere il ricorso alle diverse modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera e di cogliere, nelle analisi temporali, gli eventuali spostamenti della casistica trattata da un *setting* assistenziale all'altro. In questo modo, si ottengono anche indicazioni sulla struttura dell'offerta e sulle sue modificazioni.

Tasso di dimissioni ospedaliere*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

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

Validità e limiti. L'indicatore è stato calcolato tenendo conto delle dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale. I reparti di dimissione considerati sono quelli per acuti, riabilitazione e lungodegenza. Sono state escluse le dimissioni dei neonati sani e, per garantire omogeneità tra numeratore e denominatore dell'indicatore, sono stati esclusi i ricoveri dei soggetti non residenti in Italia. Sono stati inclusi, invece, i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto perché l'indicatore intende esprimere l'entità della domanda di ricovero soddisfatta nel corso dell'anno.

L'indicatore misura la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dalla rete ospedaliera presente sul territorio, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle meno appropriate, se erogate in regime di ricovero. La non appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di ricovero può non essere esclusivamente espressione di malfunzionamento dell'ospedale, ma può essere dovuta ad una carente attenzione dei servizi sanitari territoriali verso le patologie croniche.

D'altra parte, l'indicatore non consente di analizzare la domanda "insoddisfatta" dovuta, in taluni contesti, alla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie e rappresentativa di un bisogno di salute percepito ed espresso dalla popolazione. Qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei tassi di ospedalizzazione

in regime di DH: si rilevano, infatti, alcune diversità, da una regione all'altra, nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi all'ospedalizzazione in regime diurno. Le diversità rilevate possono anche essere dovute ad una diversa modalità di impiego delle strutture ambulatoriali.

Il fenomeno dell'ospedalizzazione, inoltre, risulta notevolmente correlato all'età del paziente. Pertanto, al fine di confrontare la propensione al ricovero nei diversi contesti regionali, è stato calcolato il tasso standardizzato. Con riferimento, quindi, alla popolazione media residente in Italia nel 2011, sono stati calcolati i tassi di ospedalizzazione regionali standardizzati, in cui risulta corretto l'effetto della diversa composizione per età delle popolazioni nelle singole regioni. Il dato del 2014 è messo a confronto con analoghe rilevazioni effettuate con riferimento ai dati 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013.

Valore di riferimento/Benchmark. Nel corso del 2012, nell'ambito delle disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica, è stato fissato il nuovo limite del tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 160 per 1.000 residenti di cui il 25% riferito a ricoveri diurni (articolo 15, comma 13, lettera c del DL n. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 135/2012).

Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per regime di ricovero e per regione - Anni 2009-2014

Regioni	2009			2010			2011			2012			2013*			2014		
	RO	DH	Totale															
Piemonte	114,2	45,9	160,1	112,8	43,1	155,9	116,7	41,9	158,5	114,3	37,4	151,7	110,4	33,8	144,2	106,7	31,6	138,2
Valle d'Aosta	129,0	49,5	178,5	128,2	48,3	176,5	135,2	52,8	188,0	134,7	54,8	189,5	134,9	54,9	189,8	136,8	55,5	192,3
Lombardia	131,6	40,3	171,9	124,6	33,9	158,5	127,6	31,9	159,5	124,3	22,3	146,6	119,8	20,5	140,3	114,7	22,1	136,8
Bolzano-Bozen	140,9	49,5	190,4	136,2	47,4	183,6	142,8	42,6	185,4	139,1	38,9	178,0	136,8	35,8	172,5	135,2	33,8	168,9
Trento	118,5	58,8	177,4	115,5	60,9	176,5	118,5	63,4	181,9	116,1	60,8	176,8	113,9	52,7	166,6	112,5	51,4	163,8
Veneto	108,9	40,6	149,5	106,4	40,3	146,8	105,3	38,2	143,4	103,3	32,9	136,2	101,2	31,1	132,4	99,9	29,7	129,7
Friuli Venezia Giulia	109,0	38,3	147,2	107,1	38,0	145,1	112,2	37,2	149,4	111,7	37,5	149,1	109,9	34,0	143,9	105,3	31,7	136,9
Liguria	114,9	85,5	200,4	112,9	80,0	192,9	118,2	73,9	192,1	115,4	64,1	179,4	112,8	54,9	167,6	109,0	51,8	160,9
Emilia-Romagna	121,8	41,9	163,6	120,5	41,6	162,1	126,1	41,9	168,0	123,5	38,7	162,2	120,7	37,1	157,8	117,7	35,3	153,0
Toscana	108,1	41,3	149,4	108,7	39,3	148,0	111,3	37,8	149,2	107,4	35,4	142,8	103,1	34,4	137,5	101,2	33,7	134,9
Umbria	122,9	46,0	168,9	123,9	41,6	165,5	128,0	35,4	163,4	125,5	32,8	158,3	123,0	31,4	154,4	121,2	29,6	150,8
Marche	122,8	46,0	168,8	120,4	38,4	158,7	122,8	39,2	162,1	117,1	35,3	152,4	113,2	34,6	147,9	111,1	33,3	144,4
Lazio	125,9	63,7	189,6	121,1	60,7	181,8	121,2	56,9	178,1	120,0	57,4	177,4	115,4	54,9	170,4	109,7	49,4	159,0
Abruzzo	132,9	52,7	185,5	125,9	50,7	176,6	130,5	50,5	181,0	124,0	46,7	170,7	122,6	46,1	168,7	118,3	43,0	161,3
Molise	135,4	61,8	197,1	138,5	62,5	201,0	134,2	64,4	198,7	124,3	59,9	184,2	124,2	56,3	180,6	122,6	56,4	178,9
Campania	144,9	76,0	220,9	132,9	69,2	202,0	129,6	71,2	200,8	124,9	71,0	195,8	122,2	70,1	192,3	120,1	64,9	185,0
Puglia	154,8	39,0	193,8	151,5	60,5	212,0	147,8	56,4	204,2	138,2	42,3	180,5	133,6	35,3	168,9	127,5	31,4	159,0
Basilicata	117,9	66,2	184,1	114,5	65,2	179,7	118,7	56,4	175,1	112,8	42,6	155,4	110,8	36,2	147,0	109,5	35,0	144,5
Calabria	127,1	53,6	180,7	125,8	51,3	177,1	125,9	51,0	176,9	116,6	46,5	163,1	109,5	43,4	152,9	106,7	38,0	144,7
Sicilia	128,0	83,7	211,7	122,5	67,5	190,0	119,7	60,2	179,9	116,4	54,1	170,5	110,9	41,9	152,8	104,9	28,8	133,7
Sardegna	124,7	51,5	176,2	125,4	50,9	176,3	131,3	52,9	184,2	126,4	48,6	175,0	120,1	46,0	166,2	118,5	47,0	165,5
Italia	126,4	53,0	179,4	122,2	50,2	172,4	123,5	48,2	171,7	119,7	43,0	162,8	115,9	39,6	155,5	112,1	36,6	148,7

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1 gennaio 2013.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute, SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Ospedalizzazione per età e tipologia di attività

Significato. L'età del paziente rappresenta un fattore demografico estremamente significativo quando si analizza il ricorso alle prestazioni sanitarie.

In particolare, la tipologia di assistenza ospedaliera erogata (acuzie, riabilitazione o lungodegenza) risente fortemente delle caratteristiche demografiche della popolazione e ciò è da attribuire, in parte, all'organiz-

zazione dell'offerta di prestazioni sanitarie presso strutture assistenziali di pertinenza territoriale.

I tassi di ospedalizzazione, calcolati a livello regionale, per classi di età e per tipologia di assistenza erogata, consentono di evidenziare il fenomeno ed eventuali differenze geografiche.

Tasso di dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività*

$$\text{Tasso di dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere per classi di età e tipologia di attività}^1}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

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

¹Regime di Ricovero Ordinario, distintamente nei reparti di attività per acuti, riabilitazione e lungodegenza.

Validità e limiti. Le Schede di Dimissione Ospedaliera, considerate nel calcolo dell'indicatore, sono relative alle dimissioni effettuate, in regime di ricovero ordinario, dal 2013 al 2014, dagli istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale. Sono state escluse le dimissioni dei neonati sani, 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. È opportuno precisare che nella banca dati complessiva possono essere presenti più schede di dimissione da attribuire ad un medesimo paziente, con riferimento ad un unico episodio di ricovero: infatti, se un paziente viene trasferito, all'interno di uno stesso istituto, da una tipologia di attività ad

un'altra (ad esempio da un reparto per acuti ad uno di riabilitazione) o da una modalità di ricovero all'altra (dal regime diurno a quello ordinario e viceversa), devono essere compilate due distinte schede, una per ciascuna tipologia di attività erogata o regime di ricovero. L'indicatore include, inoltre, i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto relativi a differenti episodi di ricovero avuti nel corso dell'anno.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per il tasso di ospedalizzazione specifico per classi di età. Il confronto dei tassi specifici regionali con quello nazionale consente di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero nelle classi di età.

Tabella 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di Ricovero Ordinario per acuti per regione - Anni 2013, 2014

Regioni	2013*					Tassi std	2014					Tassi std
	0-14	15-24	25-64	65-74	75+		0-14	15-24	25-64	65-74	75+	
Piemonte	65,64	48,63	79,45	162,01	244,95	100,23	62,69	47,63	76,23	156,93	241,24	97,03
Valle d' Aosta	65,63	69,12	98,83	209,36	330,79	126,82	71,98	63,36	97,74	203,94	340,35	126,96
Lombardia	69,58	53,94	83,96	180,93	285,84	110,02	66,78	50,55	78,99	171,40	280,01	104,95
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>56,50</i>	<i>55,91</i>	<i>89,51</i>	<i>216,55</i>	<i>397,68</i>	<i>126,76</i>	<i>57,29</i>	<i>54,91</i>	<i>88,87</i>	<i>206,77</i>	<i>396,67</i>	<i>125,29</i>
<i>Trento</i>	<i>46,61</i>	<i>43,84</i>	<i>74,28</i>	<i>170,68</i>	<i>309,50</i>	<i>101,83</i>	<i>43,74</i>	<i>43,80</i>	<i>72,74</i>	<i>171,87</i>	<i>303,56</i>	<i>100,08</i>
Veneto	44,78	38,97	69,27	154,97	287,20	94,37	44,65	38,36	67,81	151,49	287,02	93,10
Friuli Venezia Giulia	45,42	44,78	76,83	174,27	317,01	104,32	43,16	43,53	73,24	165,76	304,99	99,76
Liguria	66,51	54,31	78,39	157,02	273,86	102,81	66,99	50,97	76,12	150,43	263,69	99,54
Emilia-Romagna	66,47	52,28	83,21	173,75	304,08	110,14	63,32	51,26	80,87	168,01	302,01	107,49
Toscana	55,36	46,24	73,96	159,66	285,23	99,45	52,56	44,90	71,91	157,03	284,94	97,49
Umbria	69,47	61,41	92,06	187,76	310,27	118,47	69,38	58,30	90,12	184,86	308,78	116,61
Marche	63,54	51,20	83,20	167,05	277,19	106,13	63,68	50,57	81,14	163,32	271,56	103,98
Lazio	75,73	50,15	83,46	172,20	277,07	108,41	73,28	45,77	77,53	164,02	270,52	102,82
Abruzzo	92,02	53,52	86,31	188,00	296,21	116,24	91,29	49,15	82,85	178,73	287,04	111,87
Molise	92,16	51,59	91,81	193,98	279,50	117,99	79,65	50,48	92,43	197,59	274,44	116,33
Campania	65,32	53,76	93,26	213,19	294,59	118,83	64,40	52,98	90,73	209,01	290,35	116,35
Puglia	95,32	59,84	97,17	208,55	314,79	127,40	92,53	56,83	93,24	201,99	307,04	123,05
Basilicata	67,17	41,15	81,21	178,40	265,71	104,54	65,07	40,66	79,79	173,39	270,50	103,39
Calabria	73,88	46,97	81,70	181,03	244,72	104,44	70,78	43,80	79,16	173,07	240,86	101,05
Sicilia	77,02	48,13	80,53	184,75	268,00	107,15	72,64	44,47	75,88	172,27	255,70	101,02
Sardegna	82,38	54,33	89,10	181,87	307,22	117,00	79,99	52,15	86,70	176,84	312,54	115,15
Italia	68,74	50,87	83,15	178,42	285,06	108,81	66,48	48,55	79,75	171,84	280,25	105,20

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1 gennaio 2013.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.**Tabella 2** - Tasso (standardizzato e specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di Ricovero Ordinario per riabilitazione per regione - Anni 2013, 2014

Regioni	2013*				Tassi std	2014				Tassi std
	0-44	45-64	65-74	75+		0-44	45-64	65-74	75+	
Piemonte	1,46	6,87	18,61	24,98	7,19	1,43	6,75	17,93	24,20	6,98
Valle d' Aosta	0,93	5,91	20,71	26,74	7,05	1,02	5,48	21,42	34,81	7,88
Lombardia	1,36	6,91	22,86	36,97	8,83	1,36	6,72	22,43	37,34	8,77
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,63</i>	<i>4,08</i>	<i>16,72</i>	<i>44,24</i>	<i>7,78</i>	<i>0,56</i>	<i>4,15</i>	<i>14,76</i>	<i>35,98</i>	<i>6,71</i>
<i>Trento</i>	<i>1,33</i>	<i>7,62</i>	<i>24,93</i>	<i>33,32</i>	<i>8,85</i>	<i>1,20</i>	<i>7,79</i>	<i>26,60</i>	<i>32,93</i>	<i>8,97</i>
Veneto	0,66	3,73	13,52	17,39	4,59	0,65	3,66	13,53	18,21	4,65
Friuli-Venezia Giulia	0,73	2,81	7,28	7,74	2,72	0,69	2,91	7,45	7,84	2,75
Liguria	1,54	6,53	19,79	29,17	7,69	1,48	6,71	19,90	27,89	7,59
Emilia-Romagna	0,87	3,59	9,63	10,60	3,55	0,86	3,42	9,80	10,68	3,52
Toscana	0,45	2,02	6,35	9,77	2,47	0,44	2,06	6,32	9,84	2,48
Umbria	0,79	4,01	11,67	11,09	3,89	0,77	3,51	11,27	11,74	3,76
Marche	0,82	3,09	7,46	9,26	3,02	0,76	2,95	8,00	9,70	3,05
Lazio	0,64	3,80	14,23	27,11	5,68	0,60	3,74	13,89	25,87	5,48
Abruzzo	0,70	3,85	13,66	20,62	4,99	0,72	3,69	13,65	21,67	5,06
Molise	0,85	4,27	15,82	16,69	5,00	0,81	4,27	14,42	16,58	4,83
Campania	0,47	2,69	8,82	12,40	3,19	0,46	2,75	9,15	12,74	3,27
Puglia	1,68	6,13	15,43	18,22	6,06	0,87	3,48	11,96	15,76	4,29
Basilicata	0,73	3,34	11,59	16,52	4,22	0,73	3,65	10,42	16,18	4,15
Calabria	0,75	3,79	12,50	14,86	4,28	0,93	4,25	14,30	17,79	4,99
Sicilia	0,91	3,54	10,44	11,24	3,70	0,89	3,47	10,71	11,80	3,76
Sardegna	0,37	1,65	5,48	5,77	1,82	0,39	1,71	5,51	6,02	1,87
Italia	0,94	4,46	14,03	19,99	5,25	0,87	4,23	13,75	19,95	5,12

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1 gennaio 2013.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Tabella 3 - Tasso (standardizzato e specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di Ricovero Ordinario per lungodegenza per regione - Anni 2013, 2014

Regioni	2013*				2014			
	0-64	65-74	75+	Tassi std	0-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,63	3,95	15,26	2,49	0,55	3,47	13,49	2,20
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	0,03	0,50	5,93	0,69	0,03	0,85	14,20	1,58
Lombardia	0,11	1,11	5,03	0,72	0,11	1,10	4,81	0,70
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,50</i>	<i>5,02</i>	<i>21,91</i>	<i>3,19</i>	<i>0,53</i>	<i>5,90</i>	<i>29,57</i>	<i>4,10</i>
<i>Trento</i>	<i>0,45</i>	<i>5,53</i>	<i>25,17</i>	<i>3,54</i>	<i>0,43</i>	<i>5,06</i>	<i>27,69</i>	<i>3,74</i>
Veneto	0,22	2,99	15,83	2,13	0,21	2,90	14,99	2,02
Friuli-Venezia Giulia	0,27	3,03	15,81	2,17	0,26	3,02	15,34	2,11
Liguria	0,62	2,54	8,58	1,65	0,49	1,95	6,69	1,29
Emilia-Romagna	0,85	10,55	46,53	6,60	0,83	9,57	44,62	6,28
Toscana	0,12	1,05	5,22	0,74	0,11	0,99	5,58	0,77
Umbria	0,09	0,77	1,84	0,34	0,08	0,75	3,81	0,53
Marche	0,63	6,00	26,79	3,90	0,59	5,73	27,08	3,87
Lazio	0,10	1,42	9,04	1,17	0,11	1,43	9,11	1,18
Abruzzo	0,28	2,15	9,99	1,48	0,23	2,12	10,28	1,47
Molise	0,29	2,09	10,33	1,52	0,24	2,34	10,04	1,48
Campania	0,85	2,18	4,20	1,33	0,87	2,63	5,79	1,56
Puglia	0,11	1,13	4,87	0,71	0,12	1,01	4,74	0,69
Basilicata	0,43	3,87	15,58	2,36	0,37	3,76	14,92	2,23
Calabria	0,25	2,68	8,53	1,36	0,18	2,09	8,18	1,21
Sicilia	0,11	1,21	4,72	0,71	0,10	1,25	5,01	0,73
Sardegna	0,18	1,63	7,23	1,06	0,21	1,75	8,01	1,18
Italia	0,33	2,73	12,17	1,81	0,32	2,59	11,98	1,76

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1 gennaio 2013.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Ricoveri ed accessi in Day Hospital, Day Surgery e One Day Surgery

Significato. Gli indicatori proposti si riferiscono all'attività di ricovero svolta nelle discipline per acuti in regime assistenziale diurno (Day Hospital-DH e Day Surgery-DS). Essi sono rappresentati dal numero di ricoveri e di accessi ai servizi ospedalieri diurni, numero medio di accessi per ricovero, ovvero durata media delle prestazioni erogate per cicli terapeutici diurni, e percentuale dei ricoveri di DS sul totale delle dimissioni in modalità diurna.

A tali indicatori si aggiunge un ulteriore indicatore rappresentato dalla percentuale di ricoveri in One Day

Surgery, rispetto al totale delle dimissioni con DRG chirurgico con degenza ordinaria. La modalità di ricovero in One Day Surgery consiste, infatti, in un ricovero per intervento chirurgico con degenza breve, non superiore alla durata di 1 giorno.

Gli indicatori forniscono misure di appropriatezza dell'utilizzo della struttura ospedaliera per acuti evidenziando la prevalenza dei casi medici su quelli chirurgici in ricovero diurno e l'erogazione di prestazioni ospedaliere in One Day Surgery.

Numero medio di accessi in Day Hospital e Day Surgery

Numeratore Accessi in regime di Day Hospital e Day Surgery

Denominatore Dimissioni in Day Hospital e Day Surgery

Percentuale di ricoveri in Day Surgery

Numeratore Ricoveri con DRG chirurgico in regime di Day Surgery

Denominatore Dimissioni in Day Hospital e Day Surgery

x 100

Percentuale di ricoveri in One Day Surgery

Numeratore Ricoveri con DRG chirurgico di 0-1 giorni in regime di Ricovero Ordinario

Denominatore Dimissioni in regime di Ricovero Ordinario con DRG chirurgico

x 100

Validità e limiti. Nel calcolo del numero medio di accessi sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti in regime diurno per prestazioni di tipo medico (DH) e chirurgico (DS), effettuati presso tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale negli anni 2013 e 2014.

Per individuare i ricoveri di DS e One Day Surgery, si utilizza il sistema di classificazione DRG, considerando in particolare le dimissioni ospedaliere che hanno attribuito un DRG chirurgico. I ricoveri di One Day Surgery sono ulteriormente caratterizzati da 1 solo giorno di degenza in regime di Ricovero Ordinario e regolare dimissione del paziente al proprio domicilio.

Si ritiene necessario evidenziare che dal 1 gennaio 2009 è stata adottata una versione aggiornata del sistema di classificazione per la codifica delle diagnosi e procedure/interventi rilevati dalle Schede di Dimissione Ospedaliera. La classificazione adottata è la ICD-9-CM versione 2007 e, conseguentemente, è stata anche adottata la corrispondente classificazione DRG 24^a versione. Per i raffronti temporali è necessario prestare le opportune cautele.

Inoltre, come già specificato, esistono differenti modalità di registrazione dei ricoveri in DH da parte delle regioni. Anche per questo aspetto occorre cautela nella lettura dei dati per i confronti regionali.

Infatti, si è più volte constatato che in talune regioni vengono seguite correttamente le indicazioni fornite a livello nazionale per la registrazione dei ricoveri diurni, cioè a completamento di un ciclo programmato di accessi. In altri casi, invece, si effettua una dimissione amministrativa forzata, ad esempio trimestrale o mensile, che comporta un incremento fittizio del numero di dimissioni in ricovero diurno.

Infine, le differenze regionali relative alle dimissioni di One Day Surgery possono essere dovute ad una diversa organizzazione dell'offerta dei servizi. Per una migliore comprensione delle diciture riportate nelle tabelle, con DH si intendono le dimissioni per acuti con DRG medico o non classificato, mentre con DS le dimissioni con DRG chirurgico. Nello specifico, la One Day Surgery riguarda i casi di dimissione in regime ordinario, con durata della degenza non superiore ad 1 giorno e con DRG associato di tipo chirurgico.

APPENDICE

561

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi specifici. Il confronto dei dati regionali con quello nazionale consente di evidenzia-

re le differenti modalità di registrazione degli accessi in regime diurno nelle regioni.

Tabella 1 - Dimissioni, accessi e numero medio di accessi (valori assoluti) in Day Hospital e Day Surgery e per regione - Anni 2013, 2014

Regioni	2013						2014					
	Day Hospital			Day Surgery			Day Hospital			Day Surgery		
	Dimessi	Accessi	N medio accessi									
Piemonte	63.226	248.554	3.93	82.030	85.047	1.04	59.126	220.961	3.74	76.153	78.762	1.03
Valle d' Aosta	2.973	14.944	5.03	3.998	4.124	1.03	3.065	14.396	4.70	4.035	4.157	1.03
Lombardia	69.059	142.343	2.06	137.492	138.849	1.01	65.879	131.623	2.00	162.429	165.731	1.02
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>6.102</i>	<i>21.394</i>	<i>3.51</i>	<i>12.379</i>	<i>13.961</i>	<i>1.13</i>	<i>5.809</i>	<i>19.268</i>	<i>3.32</i>	<i>11.777</i>	<i>13.450</i>	<i>1.14</i>
<i>Trento</i>	<i>7.068</i>	<i>39.902</i>	<i>5.65</i>	<i>17.765</i>	<i>22.849</i>	<i>1.29</i>	<i>6.777</i>	<i>38.574</i>	<i>5.69</i>	<i>17.482</i>	<i>23.845</i>	<i>1.36</i>
Veneto	33.916	86.541	2.55	114.695	170.518	1.49	32.025	75.464	2.36	112.599	161.351	1.43
Friuli Venezia Giulia	18.669	116.962	6.27	29.097	49.919	1.72	17.180	112.443	6.54	26.836	43.216	1.61
Liguria	48.973	233.943	4.78	43.903	74.850	1.70	46.582	235.128	5.05	42.775	73.582	1.72
Emilia-Romagna	81.654	707.971	8.67	90.967	132.531	1.46	74.177	649.356	8.75	90.263	126.341	1.40
Toscana	65.448	313.952	4.80	69.103	74.906	1.08	63.822	298.215	4.67	69.932	73.865	1.06
Umbria	11.705	58.645	5.01	14.898	15.998	1.07	9.821	57.660	5.87	14.704	15.898	1.08
Marche	24.851	134.828	5.43	28.871	30.083	1.04	24.618	136.019	5.53	26.200	27.261	1.04
Lazio	206.465	628.096	3.04	110.467	249.455	2.26	189.915	588.466	3.10	105.422	234.042	2.22
Abruzzo	26.190	142.701	5.45	30.738	39.506	1.29	24.225	134.339	5.55	30.097	37.244	1.24
Molise	9.447	33.017	3.49	9.219	13.741	1.49	9.162	32.065	3.50	9.419	13.909	1.48
Campania	201.574	695.322	3.45	174.038	424.559	2.44	182.058	655.656	3.60	167.410	399.503	2.39
Puglia	78.909	232.853	2.95	52.496	73.540	1.40	69.669	231.730	3.33	47.356	68.143	1.44
Basilicata	9.450	44.025	4.66	8.957	13.515	1.51	9.379	44.954	4.79	8.529	13.033	1.53
Calabria	45.349	193.279	4.26	25.752	37.028	1.44	38.793	169.850	4.38	23.321	32.262	1.38
Sicilia	91.888	349.924	3.81	106.602	184.968	1.74	51.601	215.449	4.18	82.943	146.767	1.77
Sardegna	35.116	157.817	4.49	36.951	42.384	1.15	33.811	165.189	4.89	40.217	45.944	1.14
Italia	1.138.032	4.597.013	4.04	1.200.418	1.892.331	1.58	1.017.494	4.226.805	4.15	1.169.899	1.798.306	1.54

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

Tabella 2 - Ricoveri (valori percentuali) in Day Surgery e One Day Surgery e per regione - Anni 2013, 2014

Regioni	2013		2014	
	Day Surgery	One Day Surgery	Day Surgery	One Day Surgery
Piemonte	56.47	32.93	56.29	33.93
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	57.35	22.07	56.83	21.45
Lombardia	66.57	24.21	71.14	21.27
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>66.98</i>	<i>5.94</i>	<i>66.97</i>	<i>5.94</i>
<i>Trento</i>	<i>71.54</i>	<i>8.31</i>	<i>72.06</i>	<i>9.17</i>
Veneto	77.18	13.20	77.86	13.35
Friuli Venezia Giulia	60.92	24.89	60.97	25.42
Liguria	47.27	7.08	47.87	8.56
Emilia-Romagna	52.70	26.41	54.89	26.10
Toscana	51.36	25.25	52.28	25.51
Umbria	56.00	28.86	59.96	28.63
Marche	53.74	27.45	51.56	27.02
Lazio	34.86	8.33	35.70	9.21
Abruzzo	53.99	9.25	55.40	9.68
Molise	49.39	5.90	50.69	5.75
Campania	46.33	9.82	47.90	11.01
Puglia	39.95	15.58	40.47	15.20
Basilicata	48.66	13.40	47.63	14.98
Calabria	36.22	7.47	37.55	7.86
Sicilia	53.71	3.56	61.65	3.28
Sardegna	51.27	12.50	54.33	11.58
Italia	51.33	18.27	53.48	17.95

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

Ospedalizzazione per DRG medici e chirurgici

Significato. L'indicatore illustrato confronta i tassi di dimissione (TD) per DRG medico e chirurgico, sia per il regime di degenza ordinaria che per quello diurno, con lo scopo di valutare, nell'ambito di ogni regione, il contributo fornito da ciascuna componente al TD complessivo.

In questo contesto, viene analizzata anche la percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri. L'indicatore è inserito nel *set* di indicatori di appropriatezza di cui all'allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 del dicembre 2009. La variabilità regionale del TD generale si riflette, naturalmente, anche sui TD per DRG medici e chirurgici. La variabilità geografica fornisce una rappresentazione abbastanza efficace delle politiche attuate dalle diverse regioni in termini di dimensionamento dell'offerta ospedaliera, di contrasto dei ricoveri inappropriati, di organizzazione dei servizi di Pronto Soccorso, di dia-

gnosi strumentale e di decentramento dell'assistenza verso *setting* assistenziali extra degenza ospedaliera o verso i servizi distrettuali.

Le differenze dei TD medici sono, in massima parte, spiegabili dalle variabili legate alla struttura dell'offerta ed alle politiche organizzative di governo della domanda. Anche il TD chirurgico è correlato al dimensionamento dell'offerta, ma a tale riguardo è importante considerare anche altri fattori che possono influenzare caratteristiche e volumi del servizio reso in termini di accesso ed erogazione delle prestazioni chirurgiche, in particolare quando si evidenziano situazioni di sovra o sotto utilizzo delle stesse (ad esempio, consenso non univoco dei professionisti riguardo le indicazioni all'intervento, caratteristiche dei *setting* assistenziali proposti, livello di informazione dei pazienti etc.).

Tasso di dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici*

Numeratore	Dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici	
		x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente	

Percentuale di DRG chirurgici sul totale dei dimessi

Numeratore	Dimissioni ospedaliere per DRG chirurgici	
		x 100
Denominatore	Dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici	

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

Validità e limiti. Nel calcolo del tasso di ospedalizzazione sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti escludendo i ricoveri per lungodegenza e riabilitazione. Quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina ed a popolazioni confrontabili per caratteristiche demografiche ed epidemiologiche, il TD esprime la domanda soddisfatta. Quando si confrontano dati relativi al complesso della casistica trattata in un determinato contesto geografico, invece, intervengono anche dei fattori confondenti per cui deve essere posta la massima attenzione alla possibile variabilità determinata da differenze demografiche ed epidemiologiche esistenti nelle diverse realtà. Per evitare di sottovalutare tali aspetti ed attenuare, almeno in parte, il fattore di confondimento dovuto alla diversa composizione per età della popolazione, i TD sono stati standardizzati per età con riferimento alla popolazione media residente in Italia nel 2011. Peraltro, qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime di Day Hospital medico, in quan-

to alcune regioni hanno adottato proprie modalità di registrazione dei cicli e degli accessi effettuati in regime diurno. Per i DRG chirurgici occorre tenere conto del fatto che alcune regioni, soprattutto del Centro e del Nord, hanno da tempo attivato percorsi ambulatoriali extra degenza per l'esecuzione di interventi chirurgici di bassa complessità ed alta incidenza (ad esempio, decompressione tunnel carpale, interventi sul cristallino etc.).

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per i tassi di ospedalizzazione dei ricoveri di tipo medico o chirurgico. L'allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 prevede, per l'indicatore "Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri", uno standard pari al valore medio delle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza.

In questa sede riteniamo che il confronto dei tassi regionali con il valore nazionale consenta di eviden-

APPENDICE

563

ziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero per le due tipologie considerate. È opportuno, peraltro, precisare che, per i ricoveri di tipo medico, i TD più bassi possono fornire una misura abbastanza significativa delle reali possibilità di contenere l'ospedalizzazione e contrastare l'inappropriatezza dei ricoveri. Al contrario, per i DRG chirurgici, gli scosta-

menti dal valore nazionale, sia in senso positivo che negativo, consentono solo una descrizione del fenomeno ed, in assenza di ulteriori e più approfondite indagini, non permettono di trarre conclusioni certe riguardo all'appropriatezza dell'offerta ed al governo della domanda.

Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici e dimissioni ospedaliere (valori percentuali) per DRG chirurgici per regione di ricovero e per regione - Anni 2012-2014

Regioni	2012						2013*						2014														
	DRG Medici		DRG Chirurgici		% DRG Chirurgici		DRG Medici		DRG Chirurgici		% DRG Chirurgici		DRG Medici		DRG Chirurgici		% DRG Chirurgici										
	RO	DH Totale	RO	DH Totale	RO	DH Totale	RO	DH Totale	RO	DH Totale	RO	DH Totale	RO	DH Totale	RO	DH Totale	RO	DH Totale									
Piemonte	53,2	16,2	69,4	51,3	20,4	71,7	55,1	53,8	54,8	51,1	14,4	65,5	49,5	18,7	68,2	48,9	56,1	50,7	47,9	17,6	65,5	48,9	56,4	50,7			
Valle d'Aosta	71,7	25,1	96,7	56,2	29,4	85,5	50,8	49,0	50,2	70,7	24,6	95,3	56,4	29,7	86,1	44,3	54,7	47,4	55,1	30,1	85,1	43,2	55,0	46,7			
Lombardia	63,1	8,4	71,5	51,3	13,7	65,0	50,4	52,1	50,7	59,7	7,0	66,7	50,5	13,3	63,8	45,9	65,6	48,9	47,2	15,3	62,5	45,0	69,9	49,2			
Bolzano-Bozen	84,1	13,9	98,1	44,2	24,5	68,7	40,4	62,4	46,6	81,7	11,8	93,6	44,1	23,5	67,6	35,5	66,9	42,6	42,8	22,2	64,9	34,8	66,7	41,7			
Trento	64,1	16,1	80,3	39,4	42,4	81,8	44,6	69,1	54,8	61,9	14,6	76,5	39,6	36,0	75,6	39,1	71,2	49,9	38,9	35,5	74,3	39,0	71,7	49,9			
Veneto	57,6	7,9	65,5	39,0	23,8	62,8	47,0	73,1	55,5	56,1	7,1	63,2	38,4	23,1	61,5	40,7	76,5	49,4	38,0	22,4	60,3	40,8	77,2	49,4			
Friuli Venezia Giulia	60,6	13,6	74,2	46,2	23,3	69,5	52,7	59,3	54,8	59,2	12,8	71,9	45,7	20,8	66,5	43,0	61,7	47,4	43,8	19,6	63,4	43,0	62,4	47,5			
Liguria	66,5	32,7	99,2	41,0	30,6	71,6	41,0	49,6	44,6	62,6	26,3	88,9	40,5	27,8	68,4	38,5	50,7	42,5	39,6	26,6	66,2	38,9	51,2	42,8			
Emilia-Romagna	65,3	18,2	83,4	48,2	19,4	67,7	51,0	50,0	50,7	63,0	17,0	80,0	47,6	19,1	66,6	42,3	52,5	44,8	46,6	19,0	65,6	42,5	54,9	45,4			
Toscana	58,7	16,6	75,3	45,0	18,3	63,3	51,7	48,3	50,6	56,1	15,8	71,9	43,7	18,1	61,9	43,2	53,3	45,7	54,8	15,3	70,2	43,0	18,1	61,1			
Umbria	69,5	16,4	85,9	51,8	15,4	67,2	48,4	41,4	46,8	67,8	14,6	82,4	50,9	16,0	66,9	42,1	52,1	44,1	66,5	13,0	79,6	50,3	15,9	66,2			
Marche	61,6	17,2	78,8	50,1	17,8	67,9	52,0	46,0	50,3	56,6	16,6	73,2	49,6	17,7	67,4	46,0	51,6	47,4	48,8	16,9	65,7	46,1	50,8	47,2			
Lazio	66,3	35,3	101,6	46,9	20,4	67,2	43,2	33,1	39,0	63,0	33,5	96,6	45,4	20,0	65,4	41,9	37,4	40,4	59,6	20,8	89,5	43,1	18,6	61,7			
Abruzzo	71,3	22,5	93,8	46,3	24,0	70,3	42,5	46,2	43,7	69,5	21,8	91,3	46,6	24,1	70,7	39,7	52,5	43,3	66,4	20,0	86,5	45,2	22,9	68,0			
Molise	74,1	33,3	107,4	44,1	25,8	69,9	39,9	35,3	38,2	72,3	30,6	102,9	45,3	24,9	70,2	37,9	45,4	40,3	70,2	29,4	99,7	45,8	26,1	71,9			
Campania	74,7	38,9	113,6	45,8	31,1	76,8	37,9	37,2	37,6	71,9	37,4	109,2	45,8	31,9	77,7	39,7	45,6	41,9	69,4	33,7	103,3	45,7	30,4	76,1			
Puglia	81,3	23,2	104,5	49,9	18,5	68,4	39,1	35,9	38,3	77,2	20,8	98,0	49,6	13,9	63,5	39,4	40,1	39,5	74,5	18,3	92,9	47,9	12,6	60,5			
Basilicata	62,8	24,8	87,6	43,2	16,6	59,8	44,6	34,6	41,3	60,5	18,0	78,6	43,7	17,3	61,0	41,6	49,0	43,4	59,9	17,7	77,7	43,1	16,5	59,6			
Calabria	72,2	30,6	102,7	39,3	15,4	54,7	37,2	31,6	35,3	65,3	27,3	92,6	38,5	15,6	54,0	37,1	36,5	36,9	62,0	23,3	85,4	38,4	14,2	52,5			
Sicilia	70,0	29,3	99,3	42,2	24,0	66,1	38,2	42,3	39,8	65,7	19,3	84,9	40,9	21,7	62,6	38,5	53,1	42,6	61,5	11,2	72,8	38,8	16,9	55,8			
Sardegna	80,4	23,6	104,0	43,0	24,5	67,5	38,0	44,2	39,9	76,1	22,2	98,4	41,0	23,2	64,3	35,2	51,1	39,7	75,6	21,3	97,0	39,7	25,2	64,9			
Italia	66,2	21,3	87,5	46,5	20,9	67,4	45,1	44,6	45,0	63,1	18,9	82,0	45,7	20,0	65,6	41,9	51,3	44,4	60,9	16,8	77,8	44,2	19,3	63,5	41,9	53,5	44,9

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1 gennaio 2013.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2015.

Degenza media

Significato. Un indicatore sintetico di efficienza ospedaliera, calcolabile per i ricoveri effettuati in regime ordinario, è rappresentato dalla degenza media, ovvero dalla durata media della degenza ospedaliera espressa in giorni.

Questo indicatore, oltre a fornire una misura dell'efficienza operativa ed organizzativa ospedaliera, è fortemente influenzato dalla complessità di tipo sanitario-assistenziale dei casi trattati. Per approfondire l'analisi della degenza media si è proceduto alla standardizzazione di questo indicatore rispetto al *case-mix*. La degenza media regionale standardizzata per *case-mix* rappresenta il valore teorico-atteso che si

osserverebbe della degenza media se ogni regione presentasse una casistica di ricoveri ospedalieri della medesima complessità di quella dello standard di riferimento. Tale standard di riferimento è la composizione per DRG dei dimessi dell'intera casistica nazionale. In altre parole è una degenza media "non reale" o "attesa": una diminuzione di tale valore, a seguito della standardizzazione, significa che la regione ha una casistica ospedaliera di complessità maggiore rispetto a quella nazionale; al contrario, un aumento della degenza media standardizzata indica la presenza di una casistica con minore complessità.

Degenza media*

Numeratore	Giornate di degenza erogate in Ricovero Ordinario
Denominatore	Dimissioni totali in Ricovero Ordinario

*La formula della standardizzazione per *case-mix* è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. Nel calcolo della degenza media sono stati esclusi i ricoveri dei neonati sani e sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti, in regime di degenza ordinaria, effettuati da tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale.

La lettura della degenza media grezza e standardizzata, però, non è sufficiente a descrivere l'efficienza ospedaliera.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi aggiornati sulla degenza media. Si è osservato, nel tempo, una progressiva tendenza alla riduzione della durata della degenza ospedaliera per effetto sia dell'introduzione del finanziamento prospettico delle prestazioni ospedaliere che per le politiche sanitarie in materia di appropriatezza.

Tabella 1 - Degenza media (grezza e standardizzata per case-mix) per genere e per regione - Anni 2012-2014

Regioni	Maschi						Femmine						Totale					
	2012		2013		2014		2012		2013		2014		2012		2013		2014	
	Grezza	Std																
Piemonte	7,1	7,3	7,0	7,2	7,0	7,3	6,7	6,9	6,7	6,8	6,7	6,8	6,9	7,0	6,9	7,0	6,8	7,1
Valle d'Aosta	8,1	7,4	7,5	7,3	7,1	6,9	7,3	7,2	7,1	7,2	6,5	6,4	7,7	7,4	7,3	7,2	6,8	6,8
Lombardia	7,0	7,4	7,0	7,4	7,2	7,5	6,6	6,9	6,5	6,9	6,6	6,9	6,8	7,2	6,7	7,2	6,9	7,2
Bolzano-Bozen	6,9	7,0	6,9	7,0	6,9	7,0	6,8	6,8	6,7	6,7	6,6	6,6	6,8	7,0	6,8	6,8	6,8	6,8
Trento	8,0	7,5	8,2	7,6	7,9	7,5	7,3	7,0	7,2	7,0	7,1	6,9	7,6	7,3	7,7	7,3	7,4	7,2
Veneto	8,7	8,3	8,6	8,2	8,6	8,3	7,8	7,5	7,7	7,5	7,8	7,5	8,2	7,9	8,1	7,9	8,2	7,9
Friuli Venezia Giulia	7,5	7,4	7,5	7,5	7,4	7,4	7,0	7,0	7,1	7,1	7,0	6,9	7,3	7,2	7,3	7,3	7,2	7,2
Liguria	8,4	7,6	8,3	7,5	8,4	7,6	7,7	6,9	7,5	6,8	7,6	6,9	8,0	7,2	7,9	7,2	7,9	7,2
Emilia-Romagna	6,5	6,6	6,5	6,6	6,5	6,7	6,1	6,1	6,1	6,1	6,0	6,1	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3	6,4
Toscana	6,6	6,3	6,6	6,3	6,6	6,3	6,3	6,0	6,2	5,9	6,2	5,8	6,4	6,1	6,4	6,1	6,4	6,1
Umbria	6,2	6,6	6,5	6,9	6,5	6,9	5,9	6,1	5,9	6,2	6,0	6,3	6,0	6,3	6,2	6,5	6,2	6,6
Marche	7,4	7,4	7,3	7,3	7,2	7,3	6,9	6,8	6,8	6,9	6,7	6,8	7,1	7,1	7,1	7,1	7,0	7,0
Lazio	7,8	7,8	7,8	7,7	7,9	7,7	6,9	7,0	6,8	6,9	6,8	6,9	7,3	7,4	7,3	7,3	7,3	7,3
Abruzzo	7,4	7,4	7,3	7,3	7,4	7,3	6,9	6,8	6,9	6,7	6,9	6,7	7,1	7,0	7,1	7,0	7,1	7,0
Molise	7,2	7,6	7,1	7,5	7,2	7,7	6,8	6,8	6,7	6,8	6,8	6,8	7,0	7,2	6,9	7,2	7,0	7,3
Campania	6,2	6,7	6,3	6,9	6,2	6,9	5,7	6,2	5,7	6,2	5,7	6,3	6,0	6,5	6,0	6,5	5,9	6,6
Puglia	6,6	7,0	6,6	7,0	6,7	7,0	6,2	6,6	6,2	6,6	6,2	6,5	6,4	6,7	6,4	6,8	6,4	6,8
Basilicata	7,2	7,2	7,1	7,0	7,0	7,2	6,6	6,4	6,7	6,6	6,6	6,6	6,8	6,8	6,9	6,8	6,8	6,9
Calabria	6,9	7,2	6,9	7,2	7,0	7,1	6,4	6,6	6,3	6,5	6,3	6,5	6,6	6,9	6,6	6,8	6,6	6,8
Sicilia	6,8	6,8	6,9	6,8	7,2	7,1	6,4	6,3	6,4	6,3	6,5	6,5	6,6	6,5	6,7	6,6	6,8	6,7
Sardegna	6,9	7,3	6,8	7,2	6,9	7,2	6,6	6,8	6,5	6,7	6,5	6,7	6,8	7,0	6,7	7,0	6,7	7,0
Italia	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	6,6	6,6	6,5	6,5	6,6	6,6	6,8	6,8	6,8	6,8	6,8	6,8

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

Degenza media preoperatoria per le procedure chirurgiche

Significato. L'indicatore Degenza Media Preoperatoria (DMPO) è compresa nel *set* di indicatori di appropriatezza presi come riferimento dal Patto per la Salute 2010-2012.

In generale, il periodo di tempo trascorso in ospedale prima di eseguire un intervento chirurgico in regime di Ricovero Ordinario (RO) è utilizzato, il più delle volte, per effettuare accertamenti diagnostici o altre attività terapeutiche ed assistenziali propedeutiche all'intervento stesso. Nella grande maggioranza dei ricoveri programmati, tali attività possono e dovrebbero essere effettuate nel periodo pre-ricovero attraverso la rete ambulatoriale, il Day Service o il Day Hospital.

Per i ricoveri in urgenza da Pronto Soccorso è quasi sempre possibile snellire l'*iter* clinico ed assistenziale di degenza attraverso l'adozione di adeguati

modelli organizzativi come, ad esempio, percorsi diagnostici preferenziali e sale operatorie e/o sedute chirurgiche dedicate.

Il dato della DMPO può essere, pertanto, assunto come indicatore *proxy* della capacità di una struttura e di un determinato contesto organizzativo di assicurare una efficiente gestione del percorso preoperatorio in elezione e di pianificare con efficacia, anche in urgenza, l'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica. Una elevata DMPO denota, generalmente, difficoltà di accesso ai servizi diagnostici ospedalieri o extraospedalieri alternativi al tradizionale ricovero che si traduce in un uso, potenzialmente inappropriato, dei posti letto e delle risorse umane e materiali riservate alla degenza ordinaria.

Degenza media preoperatoria per Ricoveri Ordinari*

Numeratore	Giornate di degenza media preoperatoria per DRG chirurgici
Denominatore	Dimissioni con DRG chirurgici

*La formula della standardizzazione per *case-mix* è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. L'indicatore non è influenzato da fattori confondenti quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina chirurgica. Quando si confrontano casistiche regionali che, verosimilmente, comprendono tutti i DRG chirurgici, deve essere posta la massima attenzione alla variabilità determinata dal diverso *case-mix* trattato dalle realtà considerate. Pertanto, per rendere quanto più possibile significativo il confronto dei dati rilevati nelle singole regioni, la DMPO degli anni 2007 e 2014, è stata standardizzata per il *case-mix* trattato in ciascuna struttura indagata.

Per la costruzione dell'indicatore sono state considerate tutte le procedure chirurgiche principali eseguite, ad eccezione di quelle relative al Capitolo 16 "Miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche" della classificazione ICD-9-CM.

Valore di riferimento/Benchmark. L'allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 prevede come benchmark il valore medio registrato nelle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza.

In questa sede riteniamo che il valore nazionale possa essere assunto come riferimento per il confronto delle diverse *performance*. Nello specifico, i valori più bassi di DMPO rispetto al dato nazionale forniscono una misura rappresentativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso assistenziale preoperatorio messe in atto, rispetto a valori di DMPO più elevati.

Tabella 1 - Degenza media preoperatoria (standardizzata per case-mix) in regime di Ricovero Ordinario per acuti e per tutte le procedure principali eseguite per regione - Anni 2007-2014

Regioni	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Piemonte	1,88	1,89	1,66	1,61	1,58	1,50	1,46	1,40
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	1,16	1,38	1,61	1,42	1,40	1,26	1,32	1,31
Lombardia	1,75	1,76	1,73	1,73	1,72	1,69	1,66	1,67
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>1,59</i>	<i>1,61</i>	<i>1,61</i>	<i>1,57</i>	<i>1,63</i>	<i>1,52</i>	<i>1,53</i>	<i>1,47</i>
<i>Trento</i>	<i>1,90</i>	<i>1,98</i>	<i>1,81</i>	<i>1,76</i>	<i>1,72</i>	<i>1,63</i>	<i>1,60</i>	<i>1,47</i>
Veneto	1,81	1,84	1,79	1,78	1,78	1,73	1,71	1,68
Friuli Venezia Giulia	1,56	1,57	1,78	1,63	1,71	1,64	1,84	1,80
Liguria	2,09	2,13	1,98	1,99	1,99	2,06	2,02	2,01
Emilia-Romagna	1,63	1,67	1,63	1,27	1,23	1,22	1,21	1,22
Toscana	1,79	1,71	1,45	1,41	1,41	1,37	1,38	1,35
Umbria	1,86	1,88	1,71	1,64	1,75	1,78	1,71	1,72
Marche	1,52	1,51	1,44	1,44	1,46	1,50	1,49	1,52
Lazio	2,82	2,65	2,48	2,47	2,43	2,32	2,23	2,17
Abruzzo	1,90	1,95	1,93	1,88	1,95	1,94	1,93	1,92
Molise	2,58	2,56	2,47	2,34	2,36	2,47	2,45	2,46
Campania	2,57	2,53	2,44	2,44	2,36	2,36	2,34	2,35
Puglia	2,38	2,31	2,34	2,37	2,36	2,30	2,24	2,12
Basilicata	2,34	2,38	2,24	2,25	2,28	2,13	2,05	2,09
Calabria	2,65	2,56	2,39	2,44	2,32	2,24	2,17	2,08
Sicilia	2,18	2,13	2,11	2,11	2,06	1,96	1,96	2,00
Sardegna	2,32	2,25	2,23	2,27	2,17	2,06	2,00	1,99
Italia	1,99	1,97	1,88	1,88	1,85	1,81	1,78	1,76

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