

Assistenza ospedaliera

I processi di riforma del SSN avviati negli anni Novanta hanno definito la rotta per la modernizzazione e la razionalizzazione dell'Assistenza Ospedaliera del nostro Paese. L'ospedale assorbe ancora una quota consistente delle risorse economiche complessivamente destinate a garantire i livelli di assistenza (oltre il 47% nel 2004) e rappresenta ancora il fulcro del nostro sistema di cura, ma l'ambito di attività è sempre più rivolto ai percorsi diagnostico-terapeutici delle patologie acute, alle casistiche più complesse, all'utilizzo delle moderne alte tecnologie.

Il processo di ammodernamento e di riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera, fondato sul principio dell'appropriatezza e finalizzato a migliorare gli output e gli outcome del servizio reso, si sta realizzando sia attraverso la riqualificazione dell'offerta, la promozione dei centri di eccellenza e l'integrazione in rete dei presidi di diverso livello, sia attraverso il parallelo potenziamento dei servizi erogati a livello distrettuale, delle cure primarie e dell'integrazione socio-sanitaria.

Il cambiamento in atto, indispensabile per rispondere in modo efficace ed efficiente ai nuovi bisogni assistenziali generati dal costante incremento della prevalenza delle malattie croniche, poggia sulla combinazione di diversi fattori e procede di pari passo con il progredire delle conoscenze mediche e tecniche, con l'affermazione di nuovi modelli manageriali e organizzativi, con lo sviluppo della ricerca sui servizi sanitari attuata con strumenti e metodologie di valutazione sempre più efficaci (EBM, EBHC). Sorretta in diverso modo dalla partecipazione dei cittadini e dagli indirizzi di programmazione e "policy" sanitaria negli ultimi dieci anni la trasformazione del sistema ospedaliero è stata progressiva e costante, ma non ha interessato allo stesso modo tutte le regioni malgrado diversi provvedimenti abbiano definito gli obiettivi strategici finalizzati a garantire sia la sostenibilità economica del sistema sia livelli di assistenza uniformi sul territorio nazionale.

In particolare l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 rinvia ai Piani Sanitari Regionali l'obiettivo di razionalizzare la rete ospedaliera entro l'anno 2007 fissando uno standard di posti letto pari a 4,5 per 1.000 ab (comprensivo dei p.l. per riabilitazione e lungodegenza) ed un tasso di ospedalizzazione di riferimento pari a 180 ricoveri per 1.000 (di cui 20% in regime diurno). Allo stesso tempo, anche allo scopo di migliorare la sicurezza delle cure erogate, è stato fortemente raccomandato lo sviluppo ed il potenziamento di setting assistenziali alternativi al ricovero in regime ordinario come il Day Hospital, la Day Surgery, il Day Service, la lungodegenza riabilitativa ospedaliera e residenziale, l'attività ambulatoriale, l'assistenza domiciliare. Anche il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, nel riaffermare la centralità dei livelli di assistenza definiti dal DPCM del 29 novembre 2001, sostiene il modello di rete ospedaliera e avvalorata il principio dell'integrazione prevedendo la costruzione di reti assistenziali sovraregionali e nazionali (emergenza-urgenza, trapianti, malattie rare), la creazione di una rete assistenziale per le cure palliative, una maggiore integrazione dell'ospedale con i servizi distrettuali, le cure primarie ed il sociale a garanzia della continuità assistenziale e di una solida offerta dei servizi di cure intermedie.

Gli indicatori dell'assistenza ospedaliera proposti nel Rapporto Osservasalute riflettono l'esigenza di monitorare i cambiamenti e di confrontare i risultati ottenuti ed i trend in corso nelle diverse realtà regionali. La situazione dell'assistenza ospedaliera in Italia, con dettaglio regionale, è descritta con riferimento alle tre seguenti dimensioni:

- *domanda soddisfatta dalla rete ospedaliera*: tasso di ospedalizzazione complessivo e distinto per età, tipologia di attività erogata, per DRG medici e chirurgici e ospedalizzazione per interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori;
- *efficienza produttiva delle strutture di ricovero e cura*: degenza media e degenza media preoperatoria;
- *appropriatezza organizzativa*: in termini di trasferimento di alcune prestazioni dal regime ordinario ad altri setting assistenziali - accessi e ricoveri in Day Hospital, Day Surgery e "one Day Surgery", utilizzo del Day Hospital per i DRG medici a rischio di inappropriatezza e ricoveri di un giorno per i DRG medici.

Per rendere più significativo e comparabile il confronto tra le regioni, ad esempio rispetto alla gravità clinica delle prestazioni erogate o alla domanda soddisfatta, i dati di dimissione ospedaliera sono stati elaborati con opportune tecniche di standardizzazione, per *case mix* o per *struttura demografica* (Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati").

La fotografia che emerge dall'analisi degli indicatori considerati è sempre più nitida ed offre informazioni sufficienti per valutare concretamente il percorso e le azioni ancora da intraprendere e/o implementare.

I tassi di ospedalizzazione complessivi tendono verso una lieve diminuzione, sia per i ricoveri in regime ordinario che per quelli in regime Day Hospital. Tale tendenza è confermata anche dall'indicatore relativo all'analisi delle dimissioni per tipologia di attività che segna la diminuzione dei tassi per acuti e dei ricoveri in regime ordinario di riabilitazione, mentre è in aumento l'attività di lungodegenza. Restano ancora molto diversificati a livello regionale e piuttosto alti i tassi di ricovero nelle classi di età "estreme" (<1 anno e 75 anni ed oltre).

Il trasferimento verso il Day Hospital e la Day Surgery delle attività meno complesse e/o potenzialmente inappropriate ha raggiunto livelli di rilievo in molte regioni e, in alcune realtà, a questo trend si è aggiunto quello del trasferimento delle attività di DH in *setting* assistenziali extradegenza (ambulatorio e Day Service) contribuendo a ridurre ulteriormente il tasso di ospedalizzazione generale.

Non si evidenziano cambiamenti nella degenza media complessiva, stabile da diversi anni a fronte di un aumento della complessità della casistica trattata, mentre le degenze medie preoperatorie per le patologie più frequenti dimostrano ancora preoccupanti differenze regionali nella modalità di erogazione dei servizi con conseguente dispendio di risorse assistenziali e monetarie, oltre che aumento dei rischi e dei disagi per i pazienti.

Nel complesso i dati relativi all'ospedalizzazione testimoniano un progressivo e ormai costante trasferimento di alcune prestazioni a livello di assistenza distrettuale e territoriale, con risultati peraltro molto difforni nelle diverse realtà geografiche. In pratica la maggioranza delle regioni centro-settentrionali presentano risultati in linea o migliori rispetto agli obiettivi ed agli standard di progressiva deospedalizzazione definiti dalla programmazione nazionale, mentre quasi tutte le regioni meridionali ed insulari sembrano, tuttora, ancorate a modelli clinico-assistenziali che privilegiano il *setting* ospedaliero anche per attività a bassa complessità e basso rischio.

Il capitolo comprende approfondimenti che prendono in esame l'impatto economico della mobilità sanitaria e i primi risultati relativi allo studio "Monitoraggio della sicurezza dei pazienti in ospedale attraverso la sperimentazione di indicatori di *Patient Safety*". Due Box che descrivono i presupposti e i risultati raggiunti dal Progetto interregionale "Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Il Progetto INF-OSS" e dal lavoro "Qualità ed equità del Servizio Sanitario Regionale del Veneto".

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

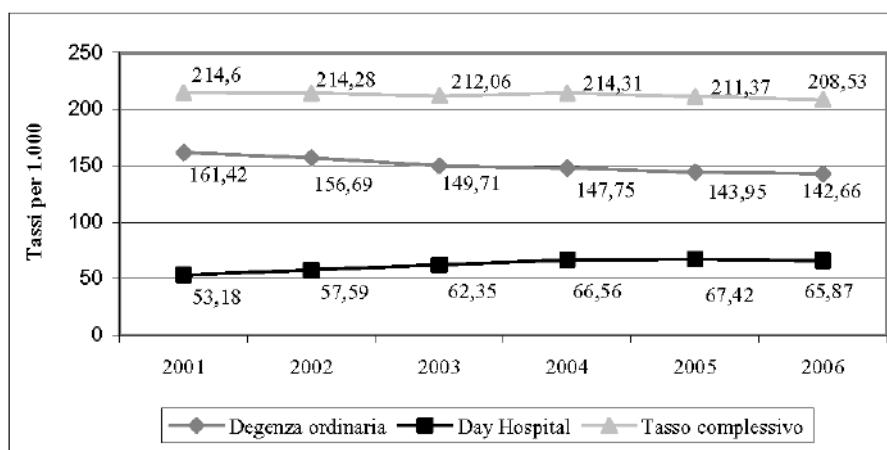
ricovero ordinario, che risultano più elevati nelle regioni dell'area meridionale ed insulare del Paese e minori nelle regioni settentrionali, con l'eccezione della PA di Bolzano. In particolare, i tassi standardizzati di ospedalizzazione in degenza ordinaria risultano maggiori in Abruzzo (185,61‰), 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.

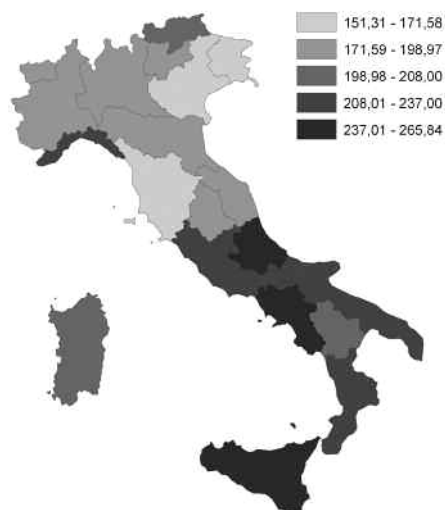
Tabella 1 - Tassi (grezzi e standardizzati per 1.000) di dimissioni ospedaliere per regione e regime di ricovero - Anno 2006

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
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>150,53</i>	<i>157,38</i>	<i>49,27</i>	<i>50,62</i>	<i>199,79</i>	<i>208,00</i>
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

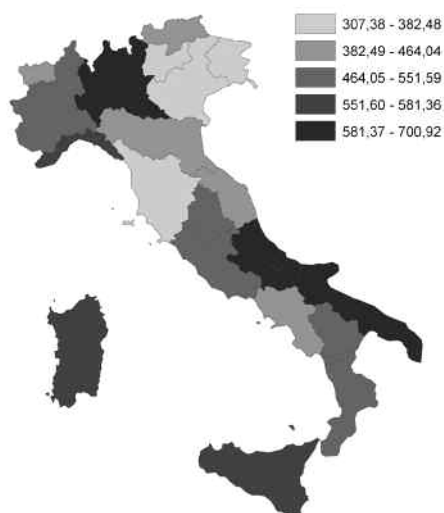
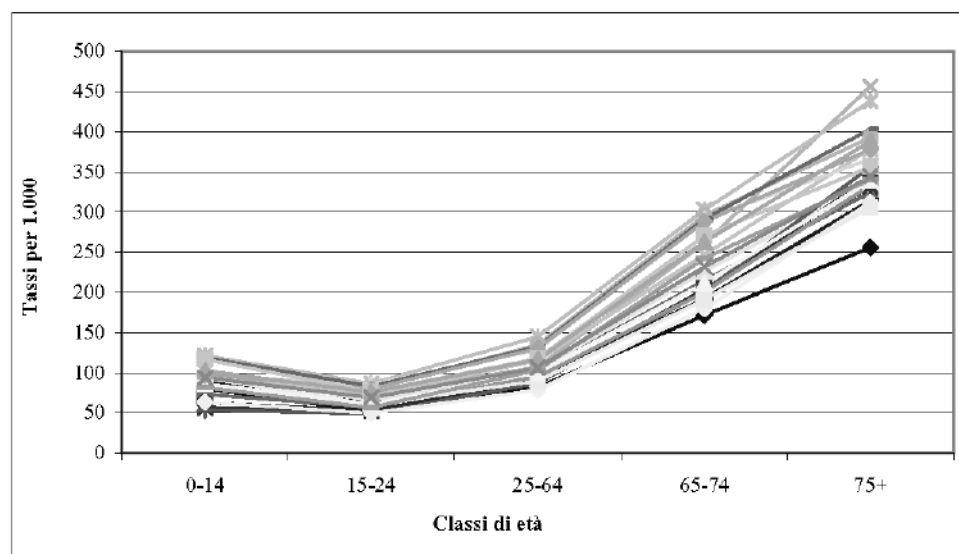


Grafico 1 - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per acuti in regime di ricovero ordinario - Anno 2006



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

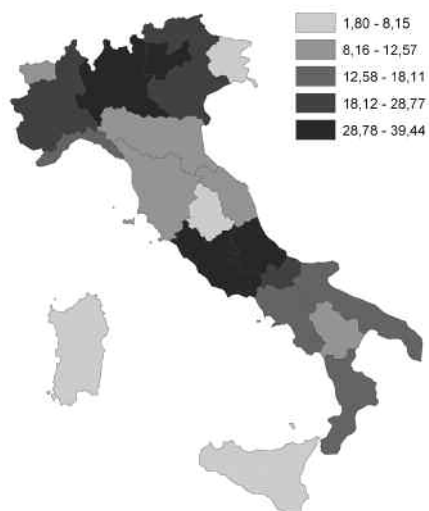
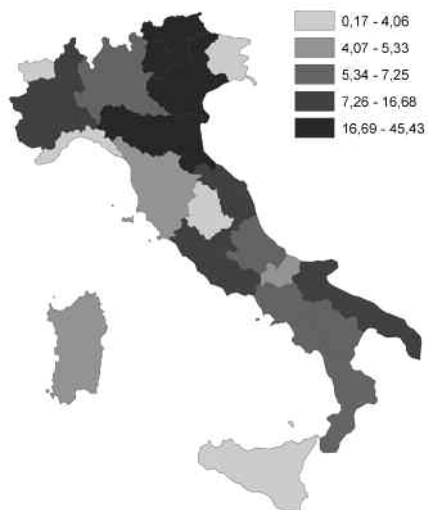


Tabella 3 - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di ricovero ordinario per lungodegenza e regione - Anno 2006

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 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, 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*

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

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 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.

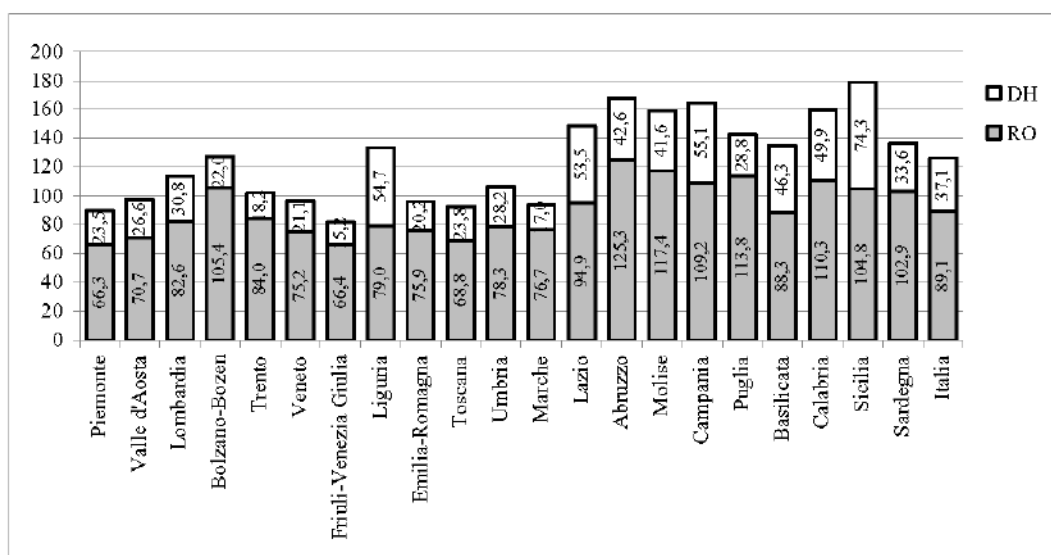
Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

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

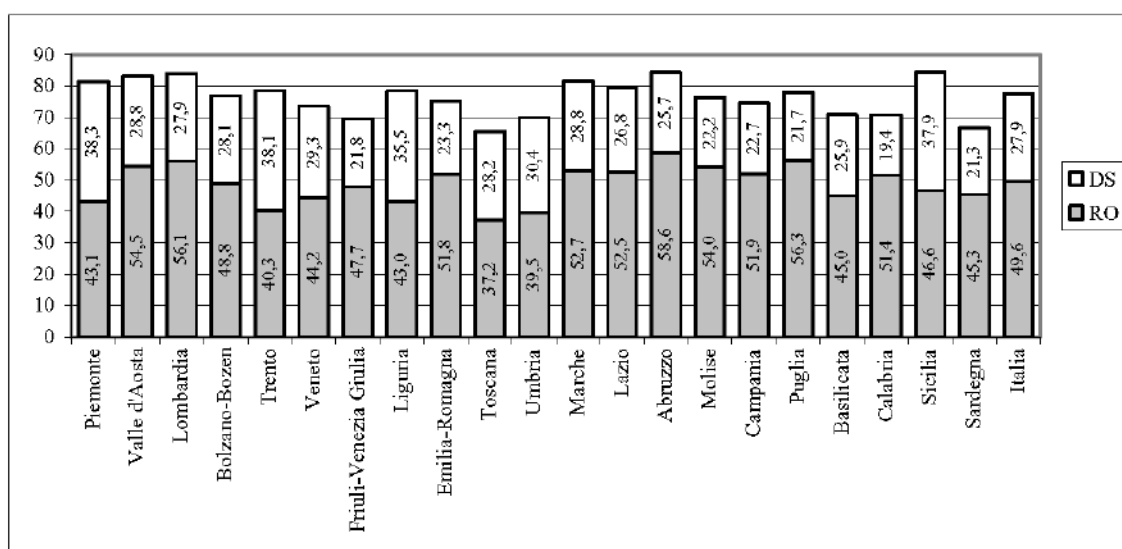
Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

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,

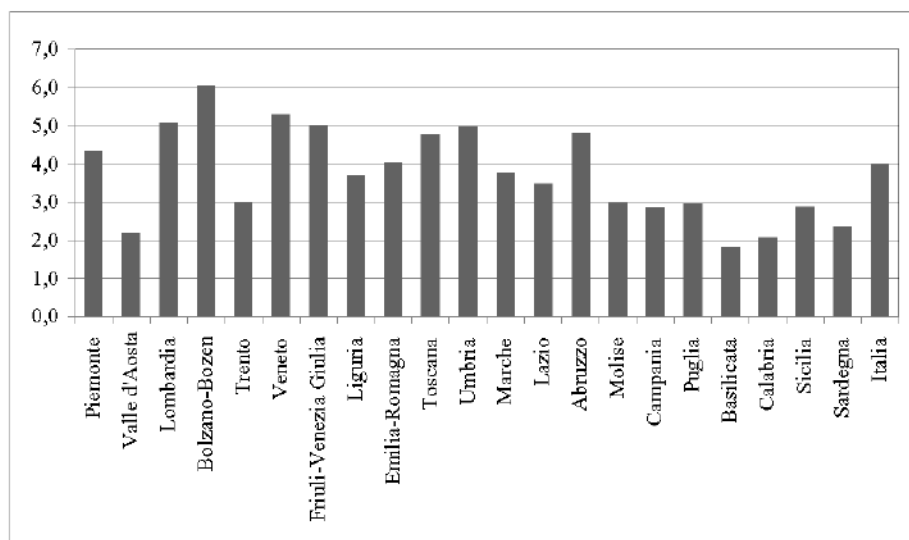
Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria) e l’Abruzzo presentano un TD generale superiore alla media nazionale e tutte le stesse confermano il dato nella disaggregazione di genere, ad eccezione dell’Emilia-Romagna che presenta un TD per la popolazione femminile in pratica pari al 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

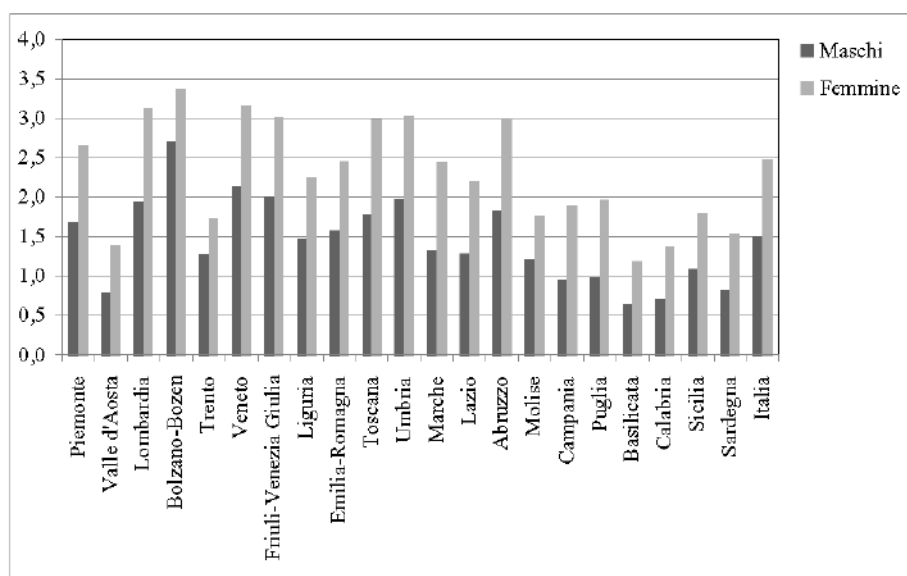
Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	1,69	2,66	4,34
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,79	1,40	2,19
Lombardia	1,95	3,12	5,07
Bolzano-Bozen	2,71	3,36	6,07
Trento	1,27	1,73	2,99
Veneto	2,13	3,16	5,29
Friuli-Venezia Giulia	2,00	3,01	5,01
Liguria	1,47	2,24	3,71
Emilia-Romagna	1,58	2,46	4,04
Toscana	1,79	2,98	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.

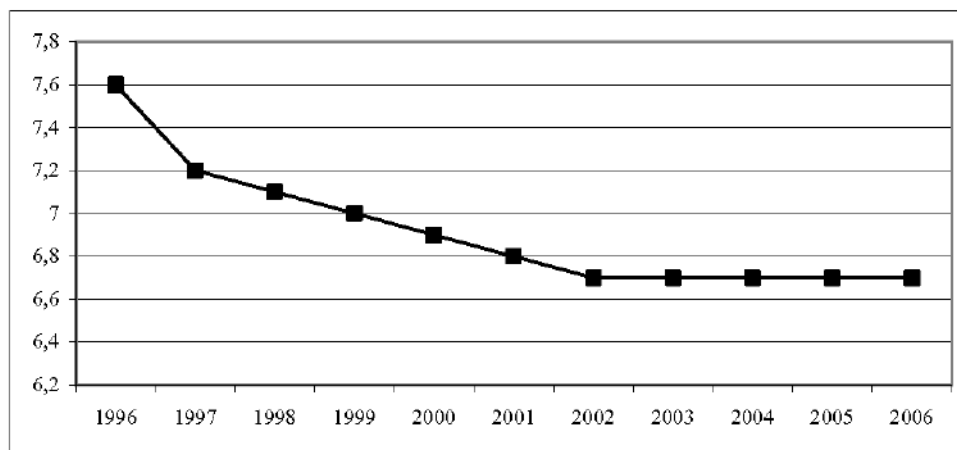
La degenza media standardizzata per case mix varia tra il valore minimo di 6,2 di Umbria, Campania e Sicilia al valore massimo di 7,6 del Lazio.

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

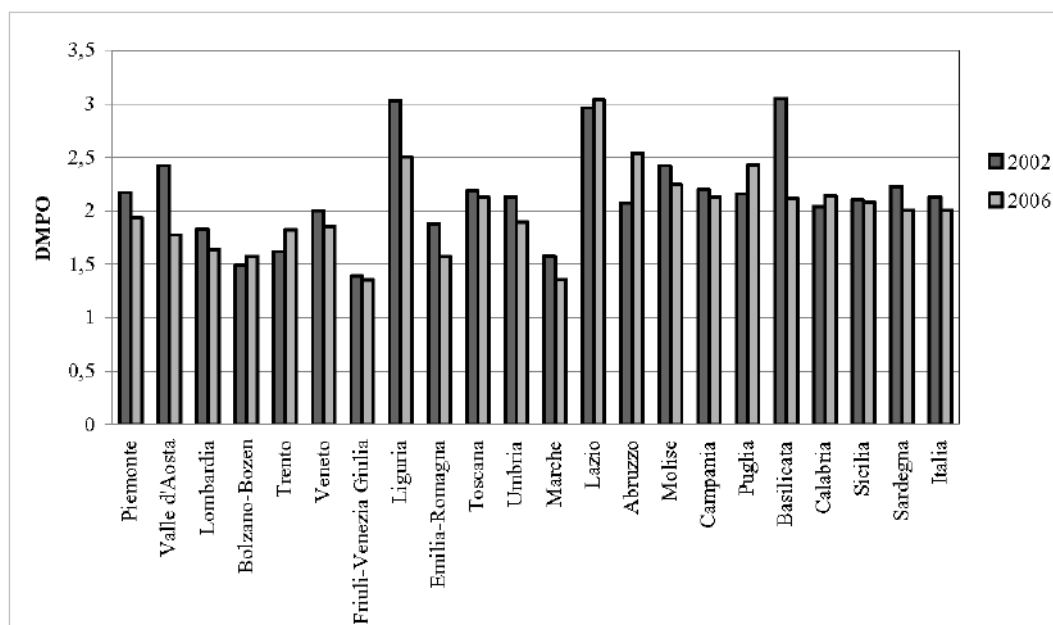
Friuli-Venezia Giulia contro 3,20 giorni del Lazio), mentre i valori di DMPO migliorano sensibilmente in Abruzzo e in cinque regioni del Centro-Nord (Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Toscana, Umbria), peggiorano in altre sette regioni, tutte del Centro-Sud (Lazio, Molise, Campania, Basilicata, Calabria, 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

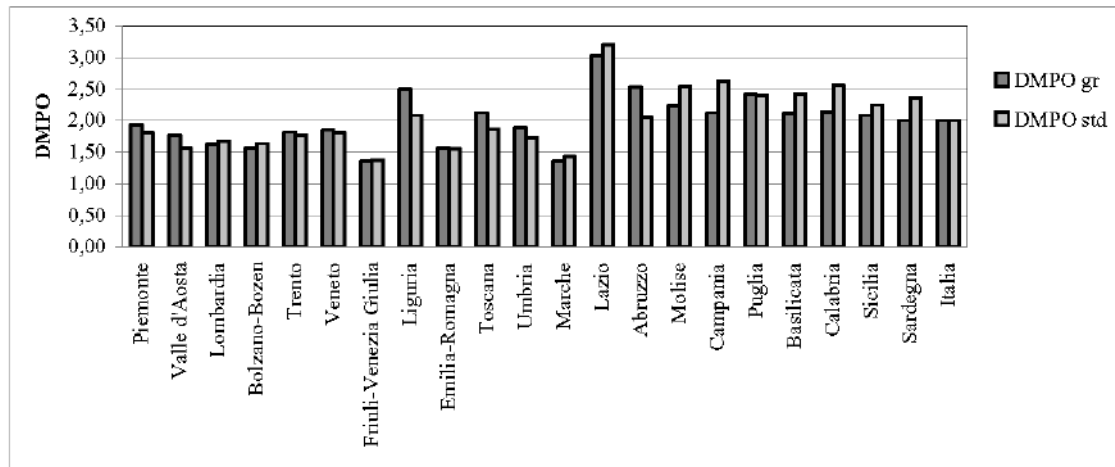
Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO. Anno 2008.

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).

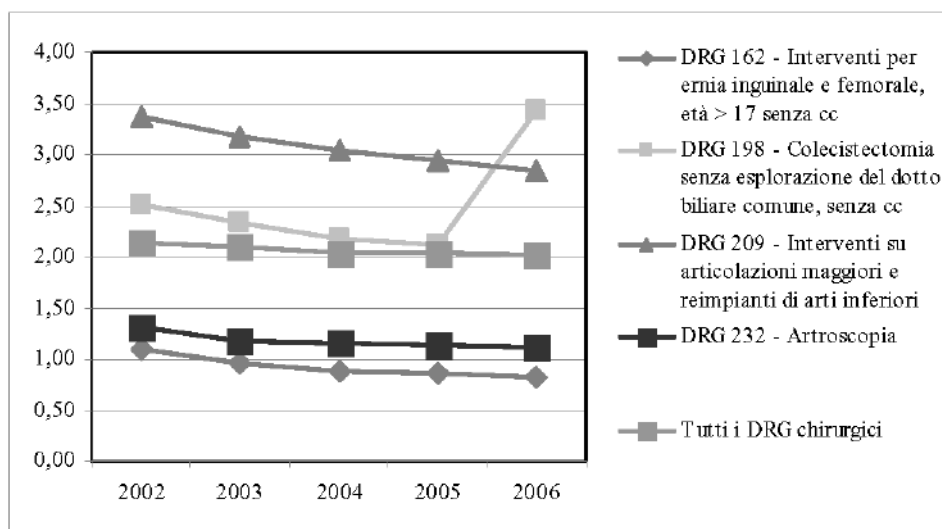
Tabella 1 - DMPO (giorni) in regime di ricovero ordinario per alcuni DRG chirurgici e variazione assoluta e percentuale - Anni 2002-2006

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 reimpianti 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

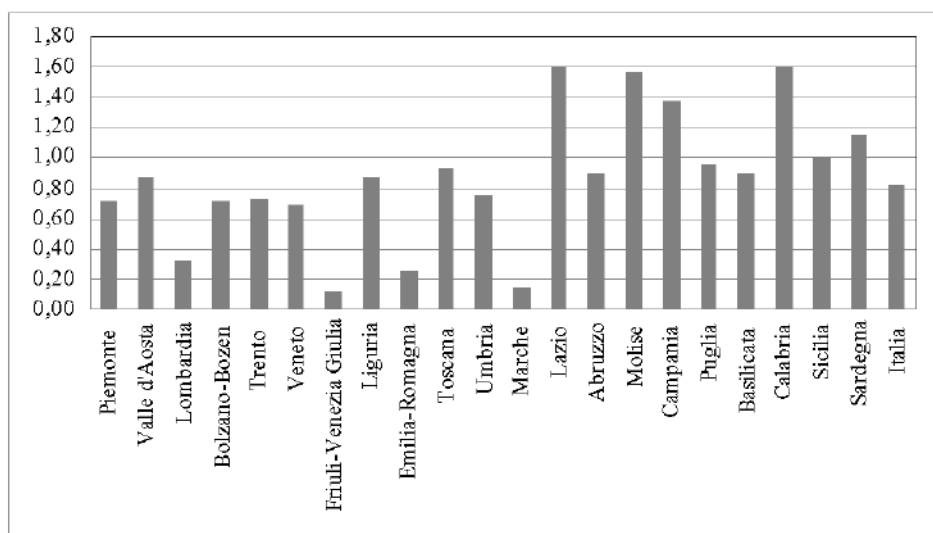


Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO. Anno 2008.

Tabella 2 - DMPO (giorni) in regime di ricovero ordinario per alcuni DRG chirurgici e regione di ricovero - Anno 2006

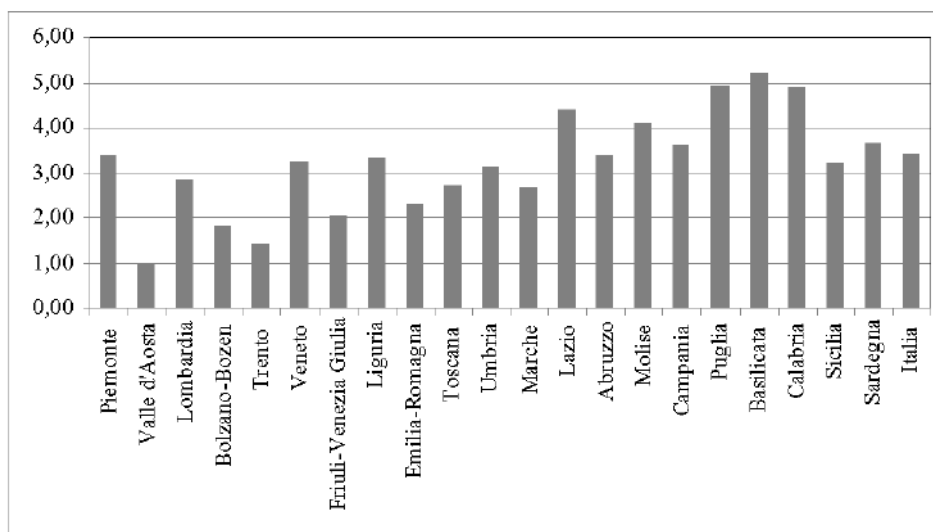
Regioni di ricovero	DRG			
	162	198	209	232
Piemonte	0,72	3,37	2,23	1,08
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,87	1,00	2,21	0,00
Lombardia	0,32	2,86	2,12	0,44
Bolzano-Bozen	0,72	1,83	1,80	0,56
Trento	0,73	1,42	2,15	0,69
Veneto	0,68	3,26	2,06	0,98
Friuli-Venezia Giulia	0,12	2,04	1,86	0,13
Liguria	0,87	3,33	3,00	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 inapproprietezza

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 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. 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 inapproprietezza

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere in Day Hospital*}}{\text{Dimissioni ospedaliere in regime ordinario e in Day Hospital*}} \times 100$$

Tasso di dimissioni ospedaliere per i DRG medici a rischio di inapproprietezza**

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (modalità ordinaria + Day Hospital)*}}{\text{Popolazione media residente*}} \times 1.000$$

*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 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 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 inapproprietezza 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.

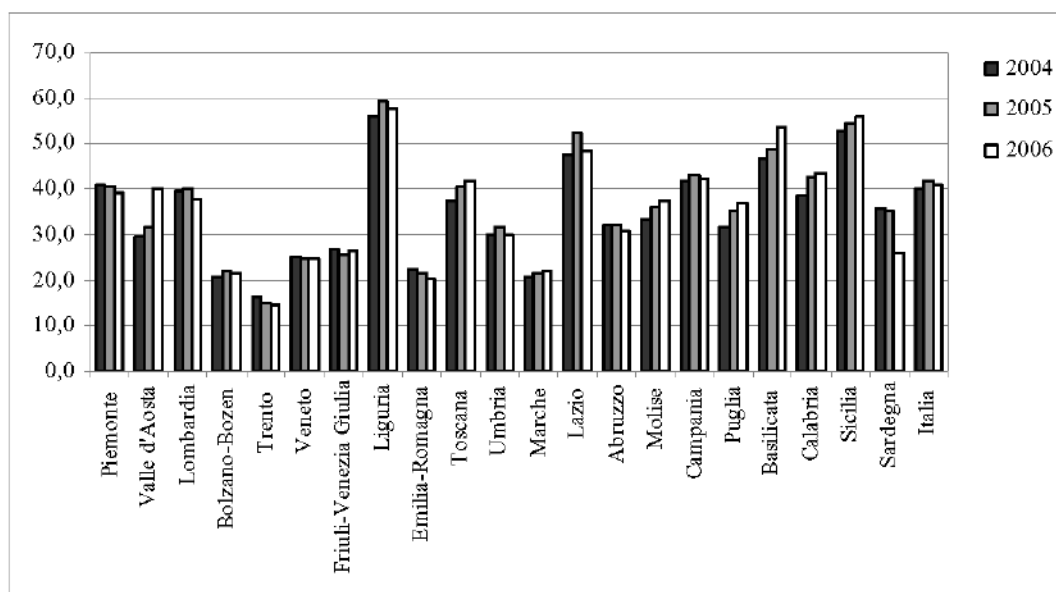
4) Le regioni che presentano un TSD e una percentuale di DH inferiore alla media nazionale dimostrano come sia possibile adottare efficaci politiche di contrasto del fenomeno dell'inappropriatezza dei ricoveri contrastando anche un inappropriato ed eccessivo utilizzo del Day Hospital. Le azioni intraprese 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 inappropriately per regione di ricovero - Anni 2004-2006

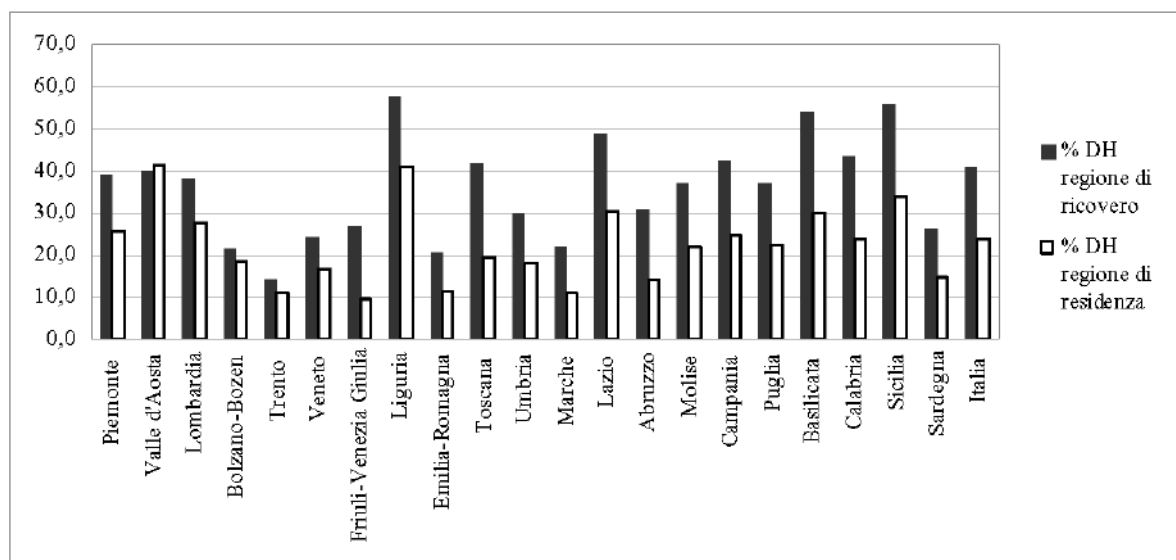


Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO. Anno 2008.

Tabella 2 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital per i DRG medici a rischio di inappropriately 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.

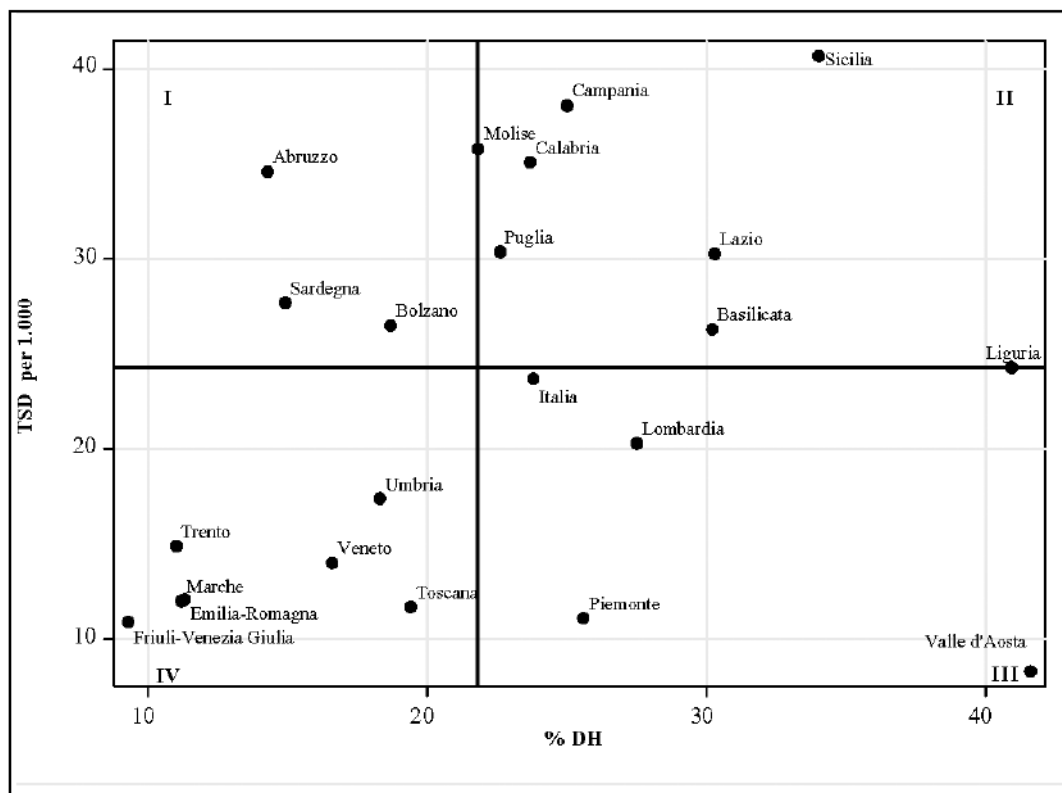
Tabella 3 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per i DRG medici a rischio di inappropriatezza per regione di residenza - Anni 2004-2006

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 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 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

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

Dimissioni con 1 solo giorno di degenza per DRG medici
Dimissioni ospedaliere per DRG medici

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

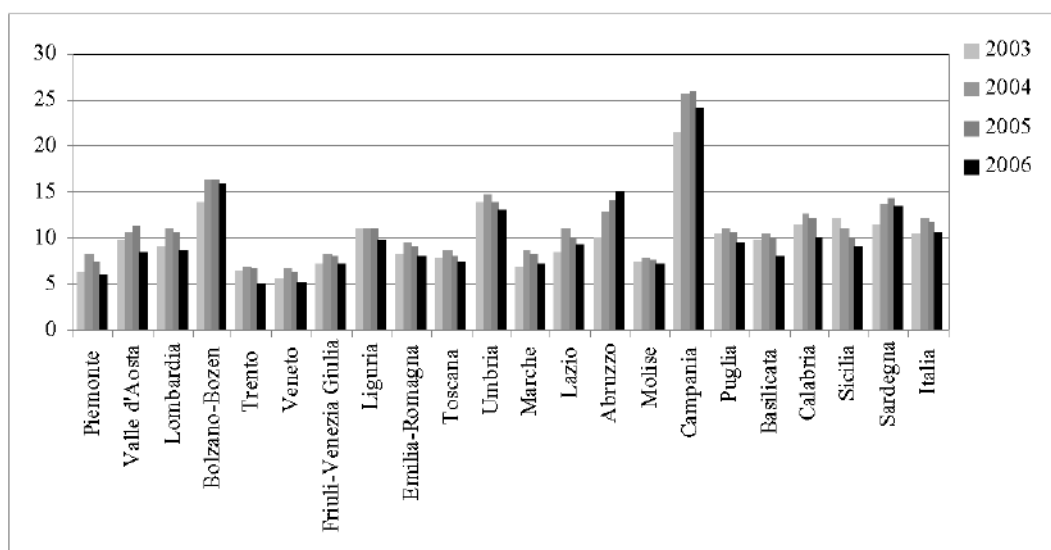
rilevati, specie nelle regioni del Sud, per tale parametro della programmazione ospedaliera. Il Grafico 2 distribuisce le regioni in quattro gruppi prendendo come riferimento la mediana del tasso di dimissione e la mediana della percentuale di ricoveri di un giorno. Per il confronto è stata utilizzata 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.

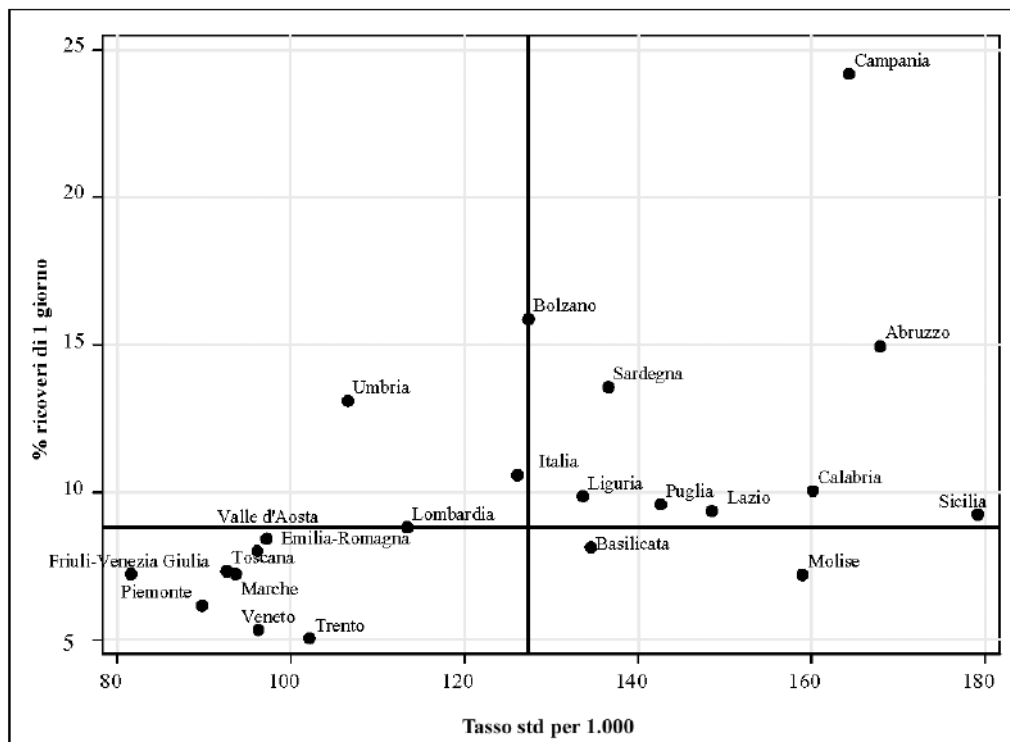
Tabella 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici (ricovero ordinario e Day Hospital) per regione di residenza e percentuale di ricoveri di un giorno per DRG medici in regime di ricovero ordinario per regione di ricovero - Anno 2006

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.

Impatto economico della mobilità sanitaria

Dott. Gabriele Messina, Dott. Nicola Vigiani, Dott.ssa Lucia Lispi, Dott. Pietro Granella, Prof. Nicola Nante

Contesto

Il processo di regionalizzazione, accentuato dalla modifica del Titolo Quinto della Costituzione, ha di fatto portato alla istituzione di 20 Servizi Sanitari Regionali che sono dotati di così ampia autonomia programmatica ed amministrativa da poter essere considerati praticamente indipendenti l'uno dall'altro e che vengono potenzialmente posti in un regime di concorrenza, essendo il cittadino libero di scegliere il proprio luogo di cura. La mobilità sanitaria ha forti implicazioni economiche: quando, infatti, un cittadino decide di ricoverarsi fuori dalla regione dove risiede, la regione di residenza deve "compensare" la regione dove è avvenuto il ricovero, sulla base del DRG ad esso correlato. Inoltre, il cittadino che manifesta il gradimento per i servizi sanitari di una regione diversa da quella di residenza, scegliendoli al momento del ricovero, giudica implicitamente in maniera negativa i servizi offerti dalla propria regione di appartenenza, magari per difetto di qualità o proprio per l'assenza di un'adeguata offerta (1).

L'analisi dei flussi e le modalità che caratterizzano gli spostamenti dei pazienti tra le regioni fornisce, quindi, importanti spunti agli amministratori regionali sia in fase di valutazione che di programmazione e le informazioni ottenute dallo studio della mobilità sanitaria sono tanto più utili quanto più l'analisi è precisa e circostanziata. In precedenti contributi abbiamo analizzato la mobilità complessiva per peso del DRG correlato al ricovero e per un particolare tipo di prestazione (2, 3), mentre l'obiettivo di questo lavoro è stimare l'impatto economico che la mobilità sanitaria ha o può avere sui bilanci delle regioni.

Metodi

Utilizzando i dati forniti dall'archivio SDO del Ministero della Salute, sono stati analizzati i 7.980.738 ricoveri in regime di degenza ordinaria degli ospedali di tutta la penisola erogati ai cittadini italiani nel corso del 2006. Per l'indisponibilità dei dati l'indagine non comprende né i ricoveri dei pazienti italiani effettuati all'estero, né i ricoveri dei pazienti stranieri effettuati in Italia. La consistenza di queste ultime due categorie se rapportata al totale dei casi esaminati riteniamo non abbia significative ripercussioni sui risultati della nostra indagine.

Ai suddetti ricoveri, una volta ottenuto il DRG correlato utilizzando la versione 19 del DRG *Grouped*:

- è stato attribuito un valore economico in base al tariffario 2006;
- sono stati classificati in DRG partendo dalle schede SDO;
- è stato calcolato il bilancio tra entrate ed uscite di ciascuna regione.

Tutti i valori ottenuti sono stati riportati in Tabella 1 ed è stata realizzata una rappresentazione grafica del fenomeno ricorrendo al Nomogramma di Gandy (4) che descrive la remunerazione dei ricoveri in funzione della provenienza dei pazienti.

$$X = \frac{\text{Remunerazione DRG ricoveri residenti (Rr)}}{\text{Remunerazione DRG ricoveri residenti (Rr)} + \text{Remunerazione DRG ricoveri di non residenti (A)}} \times 100$$

$$Y = \frac{\text{Remunerazione DRG ricoveri residenti (Rr)}}{\text{Remunerazione DRG ricoveri residenti (Rr)} + \text{Remunerazione DRG ricoveri di residenti in altra regione (F)}} \times 100$$

Il Nomogramma (Grafico 1) è un'area quadrata di lato 100, nella quale una bisettrice determina due triangoli: in quello con base superiore, sono incluse le condizioni in cui il numero di attrazioni è maggiore di quello delle fughe, la condizione opposta si ha in quello con base inferiore. Nel Nomogramma di Gandy, sull'asse delle ascisse è rappresentata la percentuale della remunerazione di tutti i ricoveri effettuati all'interno di una regione da ricondursi a ricoveri di residenti nella regione stessa, mentre sull'asse delle ordinate la percentuale della remunerazione dei ricoveri di tutti i residenti nella regione spesa all'interno della regione di residenza sul totale della remunerazione dei ricoveri dei residenti, ovunque avvenuti, nello stesso periodo.

Tanto più una regione si colloca in alto, tanto meno spende per compensare i ricoveri dei propri residenti effettuati fuori regione e tanto più una regione si colloca a sinistra tanto più riesce a richiamare risorse da altre regioni in compensazione di ricoveri di pazienti "attratti".

Quando la spesa per ripagare le altre regioni per ricoveri dei propri residenti e gli introiti, provenienti dalla compensazione per ricoveri di residenti in altre regioni, si equivalgono le regioni si collocano sulla bisettrice.

La posizione nel Nomogramma indica, dunque, contemporaneamente quanto una regione abbia saputo dare risposta ai bisogni di salute della propria popolazione e quanto sia stata in grado di attrarre fondi da altre regioni. Ovviamente in un sistema pubblico che si basa sull'equità di accesso ai servizi come il nostro SSN l'ideale sarebbe che tutte le regioni si collocassero in alto a destra, a dimostrazione di un sistema in cui tutti i pazienti trovano risposta ai loro bisogni sanitari all'interno della regione di residenza.

Risultati e Discussione

Nella Tabella 1 sono riportati per ogni regione:

- la percentuale di spesa per i ricoveri fuori regione sul totale della spesa per tutti i ricoveri dei residenti;
- la percentuale degli introiti per la compensazione dei ricoveri dei non residenti sul totale della remunerazione dei ricoveri effettuati in regione;
- il numero di abitanti;
- la spesa in euro per i ricoveri dei residenti effettuati in regione;
- la spesa in euro per compensare i ricoveri dei residenti effettuati fuori regione;
- i trasferimenti in euro da altre regioni per i ricoveri di non residenti in strutture regionali;
- il bilancio tra euro "usciti" per compensare le fughe ed euro "entrati" in compensazione delle attrazioni.

Si nota che in tutte le regioni, la spesa per i ricoveri dei residenti risulta maggiore sia della spesa per la compensazione di ricoveri di residenti effettuati fuori regione, sia della remunerazione dei ricoveri erogati ai residenti in altre regioni, sebbene l'8,4% della remunerazione totale dei DRG effettuati in Italia nel 2006 sia da attribuirsi ai ricoveri effettuati fuori dalla regione di residenza del paziente.

Possiamo, tuttavia, notare che esistono forti differenze tra le diverse regioni, anche appartenenti alla stessa area geografica.

In termini assoluti la spesa per i ricoveri dei residenti è correlata con il numero di abitanti della regione stessa (coefficiente di correlazione rho 0,99), con Lombardia e Lazio ai primi posti in termini di spesa.

La regione con il maggior attivo è la Lombardia, con quasi 315 milioni di €, seguita dall'Emilia-Romagna con 172 milioni di €. Le altre regioni in attivo sono il Veneto (78 milioni di €), la Toscana (68,5 milioni di €), il Lazio (58 milioni di €) e con attivi minori Umbria e Friuli-Venezia Giulia (circa 9 milioni di € ciascuno) e la Provincia Autonoma di Bolzano (2,3 milioni di €).

Le passività maggiori sono fatte registrare da quattro regioni meridionali: Campania (quasi 200 milioni di deficit), Calabria (più di 145 milioni e mezzo), Sicilia (134 milioni di €) e Puglia (114 milioni di €). Le altre regioni in negativo sono Sardegna (quasi 38 milioni di €), Basilicata (30 milioni di €), Marche (quasi 27 milioni di €), Provincia Autonoma di Trento (quasi 22 milioni e mezzo di €), Piemonte (circa 18 milioni di €), Valle d'Aosta (9,3 milioni di €) ed, infine, unica regione con uno scostamento inferiore al milione di €, la Liguria. Da rilevare, dunque, come le regioni meridionali, tranne l'Abruzzo ed il Molise, abbiano conseguito un risultato negativo.

Analizzando i valori percentuali risulta che le regioni con quota maggiore di uscite per fughe di ricoveri (>20%) sono: Valle d'Aosta, Basilicata, Molise e Provincia Autonoma di Trento. Molte regioni del Meridione (Calabria, Abruzzo e Campania) hanno, invece, valori percentuali di spesa per ricoveri extra-regione inferiori, ma pur sempre al di sopra del 10%. Al di sopra del 10% si collocano anche le Marche e l'Umbria al Centro e la Liguria al Settentrione. Solo la Lombardia trasferisce ad altre regioni meno del 5% della remunerazione totale per i ricoveri dei propri residenti.

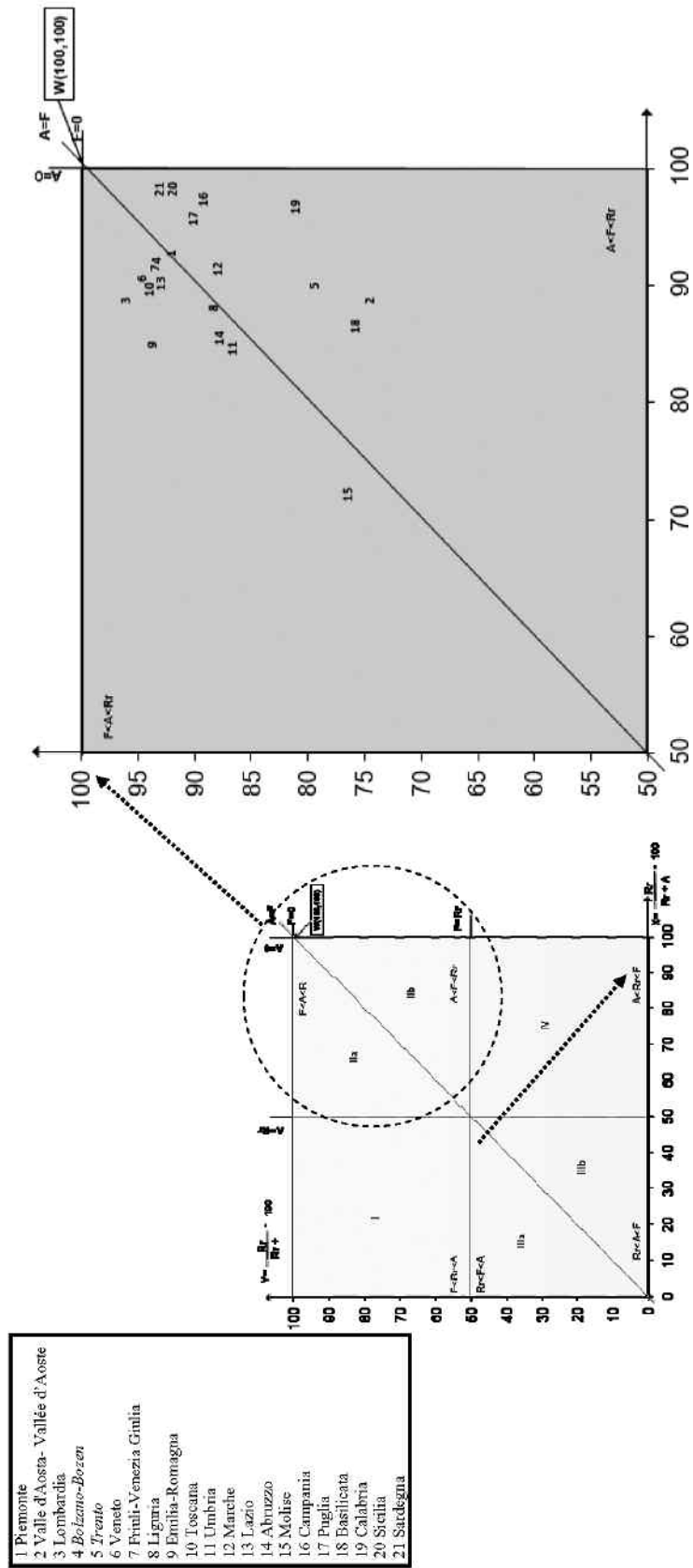
Per quanto riguarda la quota di remunerazione per ricoveri di non residenti sul totale della remunerazione dei ricoveri effettuati in regione, sono molte le regioni che si attestano al di sopra del 10%, con un picco del 28,1% in Molise.

L'aver espresso "attrazioni" e "fughe" in termini percentuali fa sì che si possano generare valori simili partendo da numeri assoluti assai diversi. Nel caso delle attrazioni si possono avere, ad esempio, sovrastime del potere di attrazione di regioni piccole in cui esigui flussi in entrata in termini assoluti provocano rilevanti aumenti in termini percentuali.

Tali risultati ricalcano abbastanza fedelmente quelli ottenuti analizzando la mobilità interregionale generale relativa ad anni precedenti (3, 4), dal momento che le regioni che hanno quote maggiori di remunerazione da trasferire a compensazione di ricoveri di propri pazienti extra-regione sono anche quelle che risultavano essere maggiormente "abbandonate" dai propri residenti in cerca di cure.

In linea generale la concentrazione di regioni con le migliori *performance* in termini di attrazioni sono nell'Italia centro-settentrionale, mentre i valori più bassi, anche per l'ovvio motivo dell'isolamento, sono fatti registrare da Sicilia e Sardegna.

Grafico 1 - Nomogramma di Gandy - Euro attratti e fuggiti per mobilità sanitaria nelle regioni - Anno 2006



ASSE X = Percentuale della remunerazione di tutti i ricoveri effettuati all'interno di una regione da ricondursi a ricoveri di residenti nella stessa regione.
 ASSE Y = Percentuale della remunerazione dei ricoveri di tutti i residenti nella regione spesa all'interno della regione di residenza.
 A = Euro "attratti" per remunerazione di ricoveri di non residenti.
 F = Euro "fuggiti", spesi per ricoveri di residenti effettuati fuori regione.
 Rr = Euro spesi per la remunerazione dei ricoveri di residenti.

Tabella 1 - Fughe ed attrazioni (€ e valori percentuali) e bilancio della mobilità, per regione - Anno 2006

Regioni	Popolazione Abitanti	Ricoveri Residenti	Valori assoluti in €		Bilancio A-F	% F/(F+RR) A/(A+RR)	
			€ "Fuggiti" (F)	€ "Attratti" (A)			
Piemonte	4.401.266	1.546.425.895	116.537.585	134.864.990	-18.327.406	8,0	7,0
Valle d'Aosta	125.979	42.628.790	5.377.074	14.675.099	-9.298.025	25,6	11,2
Lombardia	9.642.406	3.810.349.094	476.958.082	162.112.438	314.845.644	4,1	11,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>493.910</i>	<i>187.546.825</i>	<i>15.855.359</i>	<i>13.547.346</i>	<i>2.308.012</i>	<i>6,7</i>	<i>7,8</i>
<i>Trento</i>	<i>513.357</i>	<i>151.634.561</i>	<i>16.403.768</i>	<i>38.864.126</i>	<i>-22.460.358</i>	<i>20,4</i>	<i>9,8</i>
Veneto	4.832.340	1.739.339.848	178.252.010	100.071.833	78.180.177	5,4	9,3
Friuli-Venezia Giulia	1.222.061	476.637.355	44.183.263	35.346.964	8.836.298	6,9	8,5
Liguria	1.609.822	687.462.842	90.868.738	91.624.300	-755.562	11,8	11,7
Emilia-Romagna	4.275.802	1.667.559.820	287.239.580	115.171.004	172.068.576	6,5	14,7
Toscana	3.677.048	1.408.107.106	159.695.703	91.108.863	68.586.840	6,1	10,2
Umbria	884.450	305.288.725	55.110.212	46.283.297	8.826.915	13,2	15,3
Marche	1.553.063	584.419.801	54.313.591	81.167.092	-26.853.501	12,2	8,5
Lazio	5.561.017	2.241.901.670	232.957.885	174.776.209	58.181.675	7,2	9,4
Abruzzo	1.323.987	592.931.949	101.346.971	85.629.959	15.717.012	12,6	14,6
Molise	320.838	131.123.012	51.321.274	39.890.024	11.431.250	23,3	28,1
Campania	5.811.390	2.072.724.303	48.290.482	247.735.088	-199.444.606	10,7	2,3
Puglia	4.076.546	1.723.566.552	69.492.819	183.695.137	-114.202.319	9,6	3,9
Basilicata	591.001	188.619.439	29.776.719	59.796.980	-30.020.261	24,1	13,6
Calabria	2.007.707	718.796.786	22.355.501	168.000.562	-145.645.061	18,9	3,0
Sicilia	5.029.683	2.043.262.254	35.768.881	169.943.762	-134.174.881	7,7	1,7
Sardegna	1.665.617	632.288.621	9.421.175	47.221.596	-37.800.421	6,9	1,5

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). SDO. Anno 2008.

Conclusioni

La valutazione dei flussi di denaro che si accompagnano ai flussi di pazienti che si spostano dalla propria regione di residenza è un indicatore non solo delle capacità immediate di una regione di soddisfare i bisogni di salute dei propri abitanti, ma è un'indicatore indiretto di come le regioni abbiano saputo adeguarsi al mutato quadro istituzionale del Servizio Sanitario Nazionale.

Con l'aziendalizzazione e la successiva regionalizzazione del SSN alle regioni veniva chiesto di assicurare ai propri residenti un servizio sanitario in grado di soddisfare localmente i bisogni di salute, disincentivando, anche finanziariamente, politiche sanitarie che spingessero i propri residenti a spostarsi fuori regione per curarsi.

Nonostante questo, però, l'analisi della distribuzione della remunerazione dei ricoveri ha confermato come ci siano regioni che hanno saputo adeguarsi al nuovo scenario di competizione tra servizi sanitari regionali, bilanciando fughe e attrazioni; quelle che non sono riuscite, invece, a interpretare il nuovo sistema con uno sbilanciamento verso le fughe, ed altre ancora che hanno addirittura saputo "far fruttare" le potenzialità date dalla regionalizzazione del SSN.

Il recupero della mobilità passiva dovrà, dunque, essere considerato obiettivo primario per i Servizi Sanitari Regionali, sia per perequare l'accessibilità alle prestazioni che per recuperare un'importante passività finanziaria: obiettivo questo meno ideale e più concreto.

È, infine, interessante notare che il sistema concorrenziale istituito di fatto dalle "compensazioni economiche" interregionali spinge (o dovrebbe spingere) le regioni a perseguire il soddisfacimento interno della domanda e, conseguentemente, l'equità di accesso e di qualità erogata, che sono i principali obiettivi della L. 833/78.

Riferimenti bibliografici

(1) Nante N. RG, Al Farraj O., Morgagni S., Siliquini R., Moirano F., Messina G., Sassi F. Hospital patient migration: analysis using an utility index. In: K. W, editor. Public Health in Europe. 10 Years EUPHA. Berlin: Ed. Springer-Verlag GmbH & Co.KG, 2003: 293-3.162.

(2) Messina G, Vigiani N, Lispi L, Nante N Studio della mobilità sanitaria. Rapporto Osservasalute 2007. Milano: Prex, 2007.

(3) Nante N, Messina G, Girardi F, Lispi L. Studio della mobilità sanitaria. Rapporto Osservasalute 2005. Milano: Prex, 2005.

(4) Gandy RJ. A graphical representation of the inter-relationship between districts. Hosp Health Serv Rev 1979; 75 (2): 50-1.

Monitoraggio della sicurezza dei pazienti in ospedale attraverso la sperimentazione di indicatori di *Patient Safety*

Dott. Antonio Nuzzo, Dott.ssa Carla Ceccolini, Dott. Pietro Granella, Dott.ssa Lucia Lispi

Contesto

Il progetto *Health Care Quality Indicators* (HCQI) è stato avviato dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD) nel 2001 con l'obiettivo di sviluppare un *set* di indicatori per il monitoraggio e la qualità dei sistemi sanitari: indicatori robusti, specifici e fattibili ai fini della comparabilità dei dati tra i vari Paesi.

A tale progetto aderiscono, oltre ai 23 Paesi che costituiscono l'*Expert Group* dell'OECD, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la Commissione Europea ed altre importanti organizzazioni di ricerca che hanno identificato cinque aree principali per lo sviluppo iniziale degli indicatori. Tali aree costituiscono sottoprogetti su tematiche che, per rilevanza e potenzialità di intervento programmatico, risultano più importanti nella valutazione degli aspetti qualitativi dell'assistenza sanitaria.

I cinque sottoprogetti sviluppati sono: l'assistenza per le malattie cardiovascolari, il diabete, la salute mentale, la sicurezza del paziente e la prevenzione e promozione della salute insieme all'assistenza primaria.

Per ognuna delle aree individuate è stato costituito un *panel* di esperti che, nel tentativo di identificare e valutare i potenziali indicatori, ha fatto riferimento a tre criteri di valutazione: 1) l'importanza clinica, basata sull'impatto sulla salute e la rilevanza delle politiche atte ad influenzare il sistema sanitario; 2) la solidità scientifica, basata sulle evidenze della letteratura e 3) la fattibilità, basata sulla disponibilità dei dati e sul riscontro derivante da lavori precedenti.

Nel contesto della rilevazione della qualità delle cure ospedaliere, l'analisi del rischio che subiscono i pazienti in ospedale rappresenta una delle dimensioni più attuali e per certi versi più critica della qualità dell'assistenza ed è stata individuata quale obiettivo specifico di uno dei sottoprogetti del progetto HCQI.

Al sottoprogetto sugli indicatori di *Patient Safety* ha lavorato un gruppo di esperti che ha identificato indicatori per cinque principali settori della sicurezza del paziente: infezioni acquisite in ospedale, complicazioni chirurgiche e post-chirurgiche, eventi sentinella, ostetricia e gli altri eventi avversi connessi all'assistenza ospedaliera. Inizialmente sono stati elaborati 59 indicatori che, attraverso un processo di revisione strutturato, basato sul metodo Delphi, si sono ridotti dal *panel* a 21, per importanza, solidità scientifica e significatività ai fini di confrontabilità internazionale.

Di questi 21 indicatori approvati nella revisione del 2004 dal *Patient Safety Panel*, 12 sono derivati dagli Indicatori di Qualità sviluppati dalla *US Agency for Healthcare Research and Quality* (PSIs, *AHRQ's Patient Safety Indicators*).

Tali indicatori, basati su flussi informativi ospedalieri routinari, anche di natura amministrativa sono finalizzati a fornire informazioni sulle potenziali complicanze che insorgono durante il ricovero ospedaliero e sugli eventi avversi riguardanti interventi chirurgici, procedure e parti.

Il sottoprogetto OECD sugli indicatori di *Patient Safety* seleziona quattro aree e definisce 12 indicatori riportati nello schema seguente:

Area	Nome indicatore
Infezioni acquisite in ospedale	Infezione dovuta all'assistenza medica Piaga da decubito
Complicazioni chirurgiche e post-chirurgiche	Complicazioni da anestesia Frattura del femore post-chirurgica Embolia polmonare post-chirurgica (PE) o trombosi della vena profonda (DVT) Sepsi post-chirurgica Difficoltà tecnica con le procedure
Eventi sentinella	Reazioni da trasfusione Corpo estraneo durante una procedura
Ostetricia	Trauma da nascita-traumatismo a neonato Trauma ostetrico-parto vaginale Trauma ostetrico-taglio cesareo

Alla base del calcolo degli indicatori ci sono informazioni sulle diagnosi e procedure derivabili da flussi amministrativi ospedalieri codificati con sistemi di classificazione standard ICD-10-WHO, 2006 ed ICD-9-CM come nel caso italiano.

L'Italia aderisce significativamente alla sperimentazione degli indicatori ed ha implementato la metodologia proposta dall'OECD con specifici algoritmi di calcolo in cui sono definiti i criteri di inclusione o esclusione dei codici delle diagnosi e delle procedure.

Tuttavia, non bisogna dimenticare i numerosi limiti che i flussi informativi amministrativi pongono per lo studio dei rischi che subiscono i pazienti durante i trattamenti sanitari come, ad esempio, quelli connessi alla codifica delle diagnosi che può essere erronea o parziale.

Metodo

Dei 12 indicatori nel presente studio ci si soffermerà su 3 indicatori, scelti tra quelli più significativi e robusti:

1. embolia polmonare post-chirurgica (PE) o trombosi della vena profonda (DVT) che presenta un'incidenza elevata di casi (4.755 nel 2005) ed è già considerato un indicatore robusto tanto da essere stato già proposto nell'ambito del monitoraggio dei livelli di assistenza;

2. piaga da decubito, che con un'incidenza di 10.451 casi risulta essere la causa maggiore di infezioni ospedaliere;
3. reazione da trasfusione, che seppure esigua nel numero di casi, risulta fornire una buona e realistica stima del fenomeno.

La descrizione degli indicatori e l'analisi degli stessi applicata al contesto italiano, consentirà il confronto fra aree territoriali del nostro Paese.

L'obiettivo dello studio rimane la sperimentazione degli indicatori per fini di monitoraggio e l'analisi della validità dei risultati per l'evidenziazione di situazioni critiche sui rischi dei pazienti in ospedale.

Embolia polmonare

Tra questi l'indicatore "Embolia polmonare post-chirurgica (PE) o Trombosi della vena profonda (DVT)" (PSI 12) è uno dei cinque indicatori che afferiscono all'area delle "Complicazioni chirurgiche e post-chirurgiche". L'indicatore è stato calcolato sulla base delle regole di inclusione ed esclusione per numeratore e denominatore suggerite dal "Manuale tecnico degli indicatori di sicurezza del paziente"(1).

Al numeratore sono state considerate le dimissioni con codici ICD di diagnosi secondaria per trombosi della vena profonda o embolia polmonare (2); al denominatore tutte le dimissioni chirurgiche dei soggetti maggiorenni con un codice di procedura di sala operatoria (3).

Tuttavia, si sono rese necessarie alcune modifiche (4) perché alcuni codici richiamati nel manuale tecnico non erano disponibili nella classificazione ICD-9-CM vers. 1997 adottata dall'Italia.

L'importanza clinica dell'indicatore risiede nel fatto che la PE/DVT post-chirurgica varia nel range che va dai sintomi leggeri alle devastanti conseguenze cliniche (dolore, respirazione difficoltosa, morte). La permanenza prolungata in ospedale e le possibili complicanze fisiche fanno sì che questo indicatore abbia conseguenze sia in termini finanziari che di qualità dell'assistenza.

L'utilizzo appropriato di anticoagulanti ed altre misure preventive può contrastare l'insorgere dell'evento avverso.

Uno dei limiti più rilevanti di questo indicatore riguarda la codifica degli eventi PE/DVT che può essere ambigua e molto spesso sottostimata a tal punto che i sistemi di monitoraggio più efficienti possono presentare inusualmente i tassi più elevati. Nella Tabella 1 si riportano i tassi rilevati nelle regioni.

Tabella 1 - Tassi di dimissioni ospedaliere (per 10.000) con diagnosi secondaria di Embolia polmonare o Trombosi della vena profonda in regime di ricovero ordinario per acuti, per regione - Anno 2005

Regioni	Tassi
Piemonte	20,69
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	32,14
Lombardia	16,50
Bolzano-Bozen	28,52
Trento	11,49
Veneto	26,42
Friuli-Venezia Giulia	27,63
Liguria	22,42
Emilia-Romagna	21,20
Toscana	35,90
Umbria	36,97
Marche	17,17
Lazio	15,43
Abruzzo	12,88
Molise	16,91
Campania	9,61
Puglia	11,13
Basilicata	21,42
Calabria	12,69
Sicilia	18,84
Sardegna	12,34
Italia	18,70

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

Risultati e Discussione

Nel 2005 l'indicatore ha fornito a livello nazionale un tasso medio di 18,70 (per 10.000) che denota un'incidenza di casi non trascurabile in tema di sicurezza dei pazienti per interventi chirurgici relativamente alle complicanze per Embolia polmonare o Trombosi della vena profonda.

Da quanto emerge dai tassi regionali esiste una certa eterogeneità di valori con tasso massimo registrato in Umbria (36,97 per 10.000) e minimo in Campania (9,61 per 10.000) ed, in generale, una notevole dispersione tra le diverse regioni.

In particolare, le regioni del Centro-Nord, Umbria e Toscana in primis, presentano i tassi più elevati, mentre le regioni meridionali registrano valori nettamente più bassi, lasciando ipotizzare che tali tipologie di complicanze post-chirurgiche siano prettamente un problema delle regioni centro-settentrionali.

Rilevante è anche la notevole variabilità nei tassi delle regioni del Centro-Nord, si va dalla Toscana (35,90 per 10.000) al Piemonte (20,69 per 10.000) e alla Lombardia (16,50 per 10.000).

Più omogenei i tassi nel Centro-Sud e nelle regioni insulari compresi tra quello della Campania (9,61 per 10.000) e quello più elevato della Basilicata (21,42 per 10.000).

Per non incorrere in erronee ed affrettate valutazioni, si evidenzia che i tassi potrebbero essere inficiati da un'imprecisa rilevazione dei dati da parte delle diverse regioni e ciò potrebbe pregiudicare il lavoro di quelle più virtuose che riscontrano a tal motivo i tassi più elevati.

A livello nazionale il tasso medio si attesta a 18,70 ogni 10.000 dimissioni chirurgiche, un tasso confortante se si confronta con quello statunitense che è addirittura pari a 104,45 (per 10.000) così come emerge dalla fonte dati *Nationwide Inpatient Sample*, 2004. In questa situazione il tasso degli Stati Uniti è circa sei volte maggiore di quello italiano.

Nel caso italiano ci può essere un problema di sottocodifica delle diagnosi e i dati amministrativi possono avere dei limiti che si ripercuotono sui tassi calcolati.

Non trascurabile è il fatto che i due Paesi fanno riferimento a popolazioni per numerosità diverse sia al numeratore che al denominatore.

Tabella 2 - Dimissioni ospedaliere per Embolia polmonare o Trombosi della vena profonda con DRG chirurgico in regime ordinario per acuti per Paese

Paesi	Numeratori	Denominatori	Tassi per 10.000
Italia*	4.755	2.543.018	18,70
Usa**	85.299	8.166.246	104,45

Fonte dei dati e anno di riferimento: *Ministero della Salute. SDO. Anno 2005 - **Nationwide Inpatient Sample. Anno 2004.

Ulcera da decubito

L'indicatore "Piaga da decubito" (PSI 3) rientra nell'area "Infezioni acquisite in ospedale" del set di indicatori proposto dal Manuale tecnico degli indicatori di sicurezza del paziente. La sua trattazione è importante perché la piaga da decubito in un paziente ospedalizzato ha un forte impatto sia sulla salute del soggetto che sull'eccessivo tempo di permanenza dello stesso presso una struttura sanitaria.

Il significato clinico dell'indicatore "Piaga da decubito" trova, quindi, riscontro in queste aggravanti e sulla base del fatto che nella situazione italiana la "piaga da decubito" risulta essere la causa maggiore di infezioni ospedaliere con 10.451 casi registrati nel 2005.

Una delle principali cause da imputare a tale eccessiva incidenza di casi riguarda l'erogazione di una non adeguata assistenza infermieristica e come tale è una plausibile misura di valutazione della sicurezza del paziente. L'elevata incidenza è altresì spiegabile considerando che l'infezione ospedaliera in questione riguarda indiscriminatamente sia chi è stato sottoposto ad intervento chirurgico, sia chi è stato dimesso con DRG medico.

Le modalità di calcolo dell'indicatore, proposte nel Manuale sulla sicurezza del paziente, hanno tenuto conto per il numeratore (5) della diagnosi secondaria per piaga da decubito e per il denominatore (6), di tutti i codici relativi alle dimissioni sia mediche che chirurgiche con durata della permanenza in ospedale di almeno cinque giorni. Da rilevare anche per tale indicatore l'esistenza dei limiti sui dati amministrativi italiani (7).

Inoltre, la validità dell'indicatore può essere inficiata dalla non precisa distinzione, sulla base dei dati amministrativi, tra piaga da decubito preesistente e acquisita in ospedale. Di seguito si riportano i tassi regionali.

Tabella 3 - Tassi di dimissioni ospedaliere (per 10.000) con diagnosi secondaria di piaga da decubito per regione - Anno 2005

Regioni	Tassi
Piemonte	44,22
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	49,66
Lombardia	25,13
Bolzano-Bozen	12,89
Trento	24,55
Veneto	35,37
Friuli-Venezia Giulia	76,49
Liguria	53,64
Emilia-Romagna	47,89
Toscana	33,13
Umbria	32,21
Marche	50,49
Lazio	24,02
Abruzzo	17,87
Molise	36,09
Campania	28,07
Puglia	23,86
Basilicata	22,35
Calabria	18,92
Sicilia	34,87
Sardegna	24,48
Italia	32,49

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

Ad un tasso nazionale di 32,49 (per 10.000) corrispondono tassi regionali alquanto eterogenei specie tra Nord e Centro-Sud che denotano un gradiente rilevante.

La maggior parte delle regioni registra tassi più bassi rispetto a quello nazionale a differenza del Friuli-Venezia Giulia che presenta il valore più elevato (76,49 per 10.000), mentre il più basso è quello della Provincia Autonoma di Bolzano (12,89 per 10.000).

Come per il precedente indicatore (PSI 12) si osserva che nelle regioni meridionali i tassi sono di gran lunga inferiori rispetto a quelli settentrionali e abbastanza omogenei tra loro.

In particolare, i valori sono compresi tra il 17,87 (per 10.000) dell'Abruzzo e 36,09 (per 10.000) del Molise; quest'ultimo valore insieme a quello della Sicilia (34,87 per 10.000) rappresenta un'anomalia rispetto alla distribuzione abbastanza uniforme nel Sud del Paese.

Relativamente alle regioni del Nord è da considerare il dato della Lombardia (25,13 per 10.000) e delle Province Autonome di Bolzano (12,89 per 10.000) e di Trento (24,55 per 10.000) che non si allineano al trend delle altre regioni centro-settentrionali quali la Liguria (53,64 per 10.000), le Marche (50,49 per 10.000), la Valle d'Aosta (49,66 per 10.000) e l'Emilia-Romagna (47,89 per 10.000) che hanno, invece, tassi ben oltre la media nazionale.

L'unico parametro di riferimento disponibile al momento in campo internazionale è stato il dato fornito dalla fonte statunitense *Nationwide Inpatient Sample*, 2004 e anche in questo caso, così come per l'Embolia polmonare, è emerso un valore dell'indicatore ben più elevato rispetto al dato nazionale; su 10.000 dimessi con DRG medico o chirurgico si è registrato un tasso di 250,98 (per 10.000) che è circa sette volte il tasso italiano (32,49 per 10.000). Sicuramente il tasso italiano risente di una serie di limiti, già menzionati in precedenza, che non danno certo un'immagine del tutto veritiera del fenomeno (basti pensare che al denominatore dell'indicatore non sono contemplate come si dovrebbe, perché non disponibili, le diagnosi all'ammissione o i casi di provenienza da altro istituto). A ciò si aggiunga il problema della distinzione al momento della codifica tra infezione preesistente e acquisita in ospedale che non agevola certo la qualità delle rilevazioni e non da ultimo le diverse popolazioni di riferimento dei due Paesi.

Tabella 4 - Dimissioni di piaga da decubito con DRG chirurgico in regime ordinario per acuti per Paese

Paesi	Numeratori	Denominatori	Tassi per 10.000
Italia*	10.451	3.216.828	32,49
Usa**	212.556	8.457.101	250,98

Fonte dei dati e anno di riferimento: *Ministero della Salute. SDO. Anno 2005 - ***Nationwide Inpatient Sample*. Anno 2004.

Reazione da trasfusione

La reazione da trasfusione rappresenta uno dei rischi dell'ospedalizzazione strettamente legato al *risk management* dei processi organizzativi sanitari.

L'indicatore "Reazione da trasfusione" (PSI 16) si configura nell'area degli "Eventi sentinella" ed è stato scelto perché può garantire per la realtà italiana una buona e realistica stima del fenomeno nonostante l'esiguo numero di casi. Nella formula, al numeratore afferiscono i codici ICD-9-CM per reazione da trasfusione (8) (da incompatibilità ABO e Rh e per sangue non compatibile) mentre al denominatore (9) sono incluse tutte le dimissioni chirurgiche e mediche di 18 anni ed oltre e le diagnosi da MDC 14 (gravidanza, parto e puerperio). Per evitare, anche in Italia, il verificarsi della reazione da trasfusione occorrerebbe riprogettare un sistema che limiti al minimo le fluttuazioni delle *performance* umane tramite la predisposizione di procedure operative di istruzione nelle aree di lavoro e strumenti in grado di sorvegliare i processi organizzativi.

L'evento avverso può essere effetto di fallimenti attivi, errori che avvengono durante l'esercizio di un'attività o di errori latenti o errori del sistema di gestione.

Questi ultimi sono molto più difficili da percepire, perché sono fallimenti silenziosi che risiedono nel sistema fino a che l'errore umano ne permette la manifestazione tramite un incidente come può essere nel caso specifico la reazione ad una trasfusione.

Nella Tabella 5 è riportata l'incidenza dell'evento avverso rispetto al triennio 2003-2005.

Tabella 5 - Numero di casi relativi alle dimissioni con diagnosi secondaria di reazione da trasfusione (area degli "Eventi sentinella") - Anni 2003-2005

Regioni	2003	2004	2005	Totale
Piemonte	0	1	1	2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0	0	0	0
Lombardia	3	9	3	15
Bolzano-Bozen	0	0	2	2
Trento	0	0	0	0
Veneto	0	2	0	2
Friuli-Venezia Giulia	0	1	0	1
Liguria	0	1	0	1
Emilia-Romagna	0	0	3	3
Toscana	1	1	2	4
Umbria	2	0	0	2
Marche	0	2	0	2
Lazio	0	3	1	4
Abruzzo	0	0	0	0
Molise	0	0	1	1
Campania	4	1	0	5
Puglia	0	1	1	2
Basilicata	0	0	0	0
Calabria	1	0	1	2
Sicilia	**	**	**	**
Sardegna	1	0	0	1
Italia	12 (0,15)*	22 (0,27)*	15 (0,19)*	49

*Tassi nazionali per 100.000 dimissioni.

**Errori di codifica.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anni 2005-2007.

Dal momento che si registra un numero bassissimo di casi è preferibile improntare un confronto numerico piuttosto che il tasso relativo all'indicatore. Dalle SDO, sono stati rilevati per ogni regione il numero di casi avvenuti nel triennio 2003 - 2005. Nel 2005 sono stati rilevati un totale di 15 casi di reazione da trasfusione e 22 nel 2004 a conferma del fatto che non è uno dei più rilevanti problemi relativi alla sicurezza del paziente.

In generale, nel triennio si osservano tra i 12 ed i 22 casi l'anno e il tasso è pari a 0,1-0,3 per 100.000.

Sono stati esclusi i casi segnalati dalla Sicilia perché sicuramente affetti da errore di codifica.

La presenza di codici di reazione trasfusionale ha in alcuni casi effetto anche sulla complicità del DRG e questo può incidere sulla segnalazione inopportuna del relativo codice.

A titolo di confronto si forniscono di seguito i valori sui tassi riportati dagli altri Paesi.

Tabella 6 - Tassi di dimissioni ospedaliere (per 10.000) dei Paesi OECD con diagnosi secondaria di reazione da trasfusione - Anni 2004-2005

Paesi	Tassi	Anni
Australia	0,31	2004-2005
Canada	1,09	2004-2005
Repubblica Ceca	0,08	2005
Danimarca	0,58	2004
Finlandia	0,08	2004
Italia	0,19	2005
Paesi Bassi	0,21	2005
Portogallo	19,30	2004
Spagna	0,61	2004
Svezia	29,40	2004
Usa	0,40	2004

Fonte dei dati e anno di riferimento: OECD Health Working Paper no. 29. Anni 2004, 2005.

Nella Tabella 6 riferita agli anni di rilevamento 2004-2005, emergono differenze tra i Paesi i cui tassi sono inferiori o prossimi a 1 (per 100.000) e Paesi che presentano, invece, dei tassi ben più elevati. I tassi minimi si registrano in Repubblica Ceca, Finlandia (0,08 per 100.000), Paesi Bassi (0,21 per 100.000), Australia (0,31 per 100.000); mentre i valori più elevati risultano in Svezia (29,40 per 100.000) e in Portogallo (19,30 per 100.000). I tassi devono essere considerati in virtù di una serie di limiti perché i Paesi si servono di strumenti di monitoraggio di diversa qualità che possono fornire informazioni più o meno attendibili e di sistemi di codifica che possono risentire di eventuali limitazioni portando ad una sovrastima o sottostima del fenomeno.

D'altronde, come evidenziato, lo sforzo di tutti i Paesi aderenti al progetto HCQI dell'OECD è proprio quello di eliminare questi limiti che non rendono del tutto comparabili i risultati registrati.

Note

(1) Il "Manuale tecnico degli indicatori sulla sicurezza del paziente" (Saskia Drosler: www.oecd.org/dataoecd/24/48/40401929.pdf) elabora degli algoritmi di calcolo per gli indicatori di sicurezza del paziente sulla base dei codici ICD-9-CM e ICD-10.

(2) Codici ICD-9-CM di diagnosi per embolia polmonare (415.11; 415.19) e per trombosi della vena profonda (451.11; 451.19; 451.2; 451.81; 451.9; 453.40; 453.41; 453.42; 453.8; 453.9).

(3) Sono da escludere le dimissioni con diagnosi principale o secondaria PE/DVT presenti all'ammissione e MDC 14 (gravidanza, nascita e puerperio); altri casi da escludere sono rintracciabili nel Manuale tecnico sugli indicatori di sicurezza del paziente.

(4) In particolar modo, per il numeratore i codici 453.40; 453.41; 453.42 non sono disponibili nell'ICD-9-CM 1997 in uso in Italia. Per il denominatore, non essendo disponibili i codici di procedura di sala operatoria, sono stati considerati i codici relativi ai DRG chirurgici; non sono disponibili informazioni sulla data delle procedure secondarie; per i casi in cui la sola procedura OR sia "interruzione di vena cava" sono stati selezionati, come proxy, i casi con tale procedura in intervento principale.

(5) Codici ICD-9-CM di diagnosi per ulcera da decubito (707.00 - .09).

(6) Escluse le dimissioni con diagnosi primaria o secondaria di piaga da decubito presente all'ammissione; MDC 9 (Pelle, tessuto sottocutaneo, e seno) e MDC 14 (gravidanza, nascita e puerperio); altri casi da escludere sono rintracciabili nel Manuale tecnico sugli indicatori di sicurezza del paziente.

(7) Per il denominatore non sono disponibili le diagnosi all'ammissione e sono stati esclusi tutti i casi provenienti da altro istituto poiché non è individuabile puntualmente e correttamente la provenienza da istituto per acuti o per lungodegenza.

(8) I codici ICD-9-CM per la diagnosi Reazione da trasfusione sono: codice 999.6 per reazione da incompatibilità ABO, codice 999.7 per reazione da incompatibilità Rh, codice E8760 per sangue male assortito.

(9) Per il denominatore sono esclusi i casi di preesistente reazione a trasfusione, ma non essendo disponibili le diagnosi principali e secondarie relative alle ammissioni, questo rappresenta un limite per le rilevazioni italiane.

Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Il Progetto INF-OSS

Dott.ssa Maria Luisa Moro, Dott.ssa Simona Nascetti, Dott.ssa Maria Grazia Pompa, Dott. Pasquale Salcuni, Dott. Donato Greco e Gruppo Inter-regionale INF-OSS

Contesto

Il problema

Nel panorama dei potenziali rischi per la sicurezza del paziente, attribuibili all'assistenza sanitaria, le complicanze infettive giocano un ruolo di primo piano.

Una complicanza infettiva, si manifesta nella misura del 5-10% nei pazienti ricoverati in ospedale e nei residenti di strutture per anziani. Mentre nella misura dell'1%, nei pazienti assistiti a domicilio (1, 2).

Il 5-10% delle complicanze infettive si manifesta in modo epidemico con una mortalità elevata, con problemi di natura medico-legale ed un notevole impatto sull'opinione pubblica. Sono, inoltre, sempre più frequenti le infezioni sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici.

Oltre che essere frequenti, le Infezioni Correlate all'Assistenza sanitaria (ICA), sono anche gravi ed hanno un impatto economico rilevante (3, 4). Il costo annuale per le infezioni ospedaliere è stato stimato e sembra essere pari a 6,7 milioni di dollari negli Stati Uniti ed a 1,7 milioni di dollari nel Regno Unito (2).

Su 100 ICA in media il 20% è prevenibile (5). Questa stima cambia, però, sostanzialmente a seconda del tipo di infezione e del contesto. I diversi studi hanno, infatti, riportato una riduzione della frequenza di complicanze infettive, in seguito a programmi di intervento, che andava dal 10% al 70%.

In Italia, sono stati condotti numerosi studi di prevalenza e di incidenza in ospedali o in reparti a rischio selezionati, che hanno riportato una frequenza di ICA, in alcuni casi, paragonabile a quella rilevata nei Paesi Anglo-sassoni e in altri casi superiore (6). Si può stimare che in Italia il 5-8% dei pazienti ricoverati, contrae un'infezione ospedaliera, quindi, ogni anno in Italia si verificano dalle 450.000 alle 700.000 infezioni. In particolare, i pazienti ricoverati in ospedale, contraggono soprattutto infezioni urinarie, seguite da infezioni della ferita chirurgica, polmoniti e sepsi. Poiché le infezioni ospedaliere, potenzialmente prevenibili, rappresentano il 30% circa di quelle insorte, si può stimare che ogni anno vi siano fra le 135.000 e le 210.000 infezioni prevenibili e che queste siano causa di decesso nell'1% dei casi (dai 1.350 ai 2.100 decessi circa prevenibili in un anno). Il Progetto europeo EARSS, di sorveglianza delle infezioni resistenti, ha evidenziato come l'Italia sia uno dei Paesi Europei con la proporzione più elevata di infezioni sistemiche sostenute da *Staphylococcus aureus metillicina-resistente* (MRSA) rispetto a tutte le infezioni sistemiche da *Staphylococcus aureus* (7). Questo microrganismo è d'origine prevalentemente ospedaliera e la frequenza di infezioni sistemiche da MRSA, rappresenta un indicatore di trasmissione delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie.

I programmi di controllo in Italia

Nel 1985 la Circolare Ministeriale n.52 ha raccomandato l'istituzione di programmi regionali di controllo delle infezioni ospedaliere con l'avvio, in ciascun presidio ospedaliero, di un programma che prevedesse: l'istituzione del Comitato di controllo, la definizione di un gruppo operativo composto da medici e infermieri e l'istituzione della figura dell'infermiera addetta al controllo delle infezioni ospedaliere (ICI). La Circolare n.8 del 1988, ha definito i metodi di sorveglianza da adottare. Il tema delle ICA è stato menzionato in diversi Piani Sanitari Nazionali ed il Piano Sanitario Nazionale, del 1998-2000, ha incluso la prevenzione delle infezioni ospedaliere tra gli obiettivi prioritari di salute, indicando l'esistenza di un programma di controllo quale criterio per l'accreditamento delle strutture.

I programmi di controllo delle ICA, assumono caratteri diversi a seconda della regione e del tipo di ospedale. In particolare, sono meno diffusi negli ospedali di piccole dimensioni ed in alcune regioni centro-meridionali (8).

Il Progetto INF-OSS

Nel 2006, il Centro Nazionale per la Prevenzione e Controllo delle Malattie (CCM) (9), ha promosso e finanziato il progetto interregionale "Prevenzione e controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Progetto-INF-OSS", per promuovere l'adozione di strumenti comuni tra regioni.

Il progetto aveva l'obiettivo generale di promuovere la prevenzione e il controllo delle ICA attraverso lo sviluppo e l'adozione di strumenti comuni tra le regioni ed, in particolare, si proponeva di:

- armonizzare i sistemi di sorveglianza delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, adottati dalle diverse regioni e costruire un quadro epidemiologico delle infezioni associate all'assistenza sanitaria a livello nazionale;

- descrivere lo stato dell'arte dei programmi di sorveglianza e controllo a livello nazionale;
- promuovere l'adesione di pratiche assistenziali basate su valide e conoscenze scientifiche, attraverso la definizione e diffusione di Linee Guida.

Metodi

Il Progetto INF-OSS

Il coordinamento del progetto, è stato affidato all'Emilia-Romagna, il gruppo di lavoro è composto da referenti di tutte le regioni italiane. Compito del coordinamento interregionale è:

- confrontare dati esistenti, metodi e strumenti;
- concordare strumenti e metodologie standardizzate, relativamente agli aspetti che sono già stati oggetto di lavoro in diverse regioni;
- individuare nuovi strumenti utili;
- costruire e diffondere tra i quadri dirigenziali regionali una base culturale omogenea, relativamente alla sorveglianza e controllo delle ICA;
- favorire il trasferimento delle metodologie concordate in tutte le regioni.

All'interno del coordinamento, sono stati individuati alcuni gruppi di lavoro con il compito di sviluppare specifiche tematiche. In ciascun gruppo di lavoro è stata individuata una regione capofila, selezionata in base alle proprie esperienze specifiche, la quale è stata affiancata dalle regioni interessate a quella specifica tematica (Tabella 1).

Tabella 1 - Organizzazione ed attività del Progetto INF-OSS

Gruppo di lavoro "Sorveglianza"	Coordinamento Regione Emilia-Romagna Gruppo di lavoro "Linee Guida"	Gruppo di lavoro "Indagini conoscitive"
Regione capofila "Friuli-Venezia Giulia" (in collaborazione con Emilia-Romagna per la costruzione degli archivi nazionali)	Regione capofila "Piemonte"	Regione capofila "Emilia-Romagna"
<p>Obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Predisposizione di protocolli standard per la sorveglianza delle infezioni associate all'assistenza: 1. sorveglianza di laboratorio; 2. sorveglianza in chirurgia: Infezioni del Sito Chirurgico (ISC); 3. sorveglianza delle ICA in terapia intensiva; 4. sorveglianza delle ICA nelle strutture residenziali; 5. studi di prevalenza delle infezioni associate a pratiche assistenziali. - Costruzione di un archivio nazionale di dati epidemiologici sulle Infezioni del Sito Chirurgico (ISC). - Costruzione di un archivio nazionale di dati epidemiologici sulle ICA in terapia intensiva. 	<p>Obiettivi:</p> <p>Produzione di raccomandazioni sulle misure di controllo sostenute da forti evidenze di efficacia, da adottare prioritariamente per la prevenzione delle ICA.</p> <p><i>Temi individuati:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Igiene delle mani; 2. Precauzioni e misure di isolamento; 3. Pulizia, disinfezione, sterilizzazione; 4. Infezioni delle vie urinarie; 5. Infezioni correlate a cateterismo vascolare; 6. Infezioni della ferita chirurgica; 7. Polmoniti nei ventilati. 	<p>Obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Confrontare le politiche a livello regionale - Condurre un'indagine a livello nazionale con l'obiettivo di: 1. descrivere lo stato dei programmi di controllo delle infezioni a livello aziendale per individuare le principali criticità e valutare i progressi nel tempo; 2. valutare il grado di integrazione del programma di controllo del rischio con altri programmi aziendali (gestione del rischio, qualità dell'assistenza, governo clinico); 3. individuare esperienze innovative di comunicazione del rischio ai pazienti ed esperienze di successo nel controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

Il Progetto "Cure pulite sono cure più sicure"

Nell'ambito del progetto INFOSS, è stata anche coordinata a livello nazionale la Campagna Nazionale "Cure sicure" promossa dal Ministero della Salute, che fa capo alla campagna dell'Organizzazione Mondiale della Sanità "Clean care is safer care". La Campagna consiste nell'implementazione sperimentale della "Linea Guida sull'Igiene delle Mani nell'Assistenza Sanitaria" dell'OMS, attraverso una strategia multimodale, che si fonda su 5 interventi cardine per la promozione della corretta igiene delle mani: interventi organizzativi; addestramento/formazione degli operatori sanitari; osservazione delle pratiche di igiene delle mani e *feedback*; *Reminders* nel luogo di lavoro (poster e opuscoli informativi); clima mirato alla sicurezza del paziente nell'istituzione.

In Italia, hanno aderito alla campagna 15 regioni, con più di 100 Aziende Sanitarie e si è distinta come una delle campagne nazionali più partecipate ed attive in Europa, tanto che l'Italia è stata scelta dall'OMS come Sito pilota per l'Europa con una rete di Unità di Terapia Intensiva (UTI).

Risultati

Nella Tabella 2 si riportano i principali risultati raggiunti dal progetto nel corso dei suoi primi due anni di attività.

Tabella 2 - Primi risultati del Progetto INF-OSS

Attività	Prodotti realizzati
Sorveglianza delle infezioni	
Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico	<ul style="list-style-type: none"> - È stato definito un protocollo compatibile con i requisiti del Progetto Europeo HELICS. - Hanno aderito al sistema nazionale di sorveglianza 13 regioni (128 Aziende) (situazione a maggio 2008), ma molte altre sono in via di adesione: Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia-Romagna (sistema regionale di sorveglianza pre-esistente), Friuli-Venezia Giulia (sistema regionale di sorveglianza pre-esistente), Lombardia, Marche, Puglia, Sicilia, Toscana, Veneto, Province Autonome di Bolzano e Trento. - Hanno inviato i primi dati, relativi al 2007, 2 regioni e singole aziende di 5 regioni per un totale di 7.491 interventi chirurgici sorvegliati.
Sorveglianza delle infezioni in Terapia Intensiva	<ul style="list-style-type: none"> - È stato concordato un protocollo compatibile con i requisiti del Progetto HELICS, anche attraverso il confronto tra i progetti collaborativi multicentrici esistenti in Italia (Progetto GiVITI dell'Istituto Mario Negri; SPIN-UTI del GISIO della SITI). - È in via di definizione la modalità di aggregazione dei dati a livello nazionale.
Studi di prevalenza	<ul style="list-style-type: none"> - È stato definito un protocollo standard per la conduzione di studi di prevalenza delle ICA.
Sorveglianza di laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> - È stato raggiunto il consenso tra esperti sulle modalità di sorveglianza dei patogeni sentinella ed è in via di preparazione il documento finale. - È stata promossa la diffusione della sorveglianza di laboratorio tramite il Progetto Micronet dell'Istituto Superiore di Sanità.
Sorveglianza nelle strutture residenziali	<ul style="list-style-type: none"> - È in preparazione il protocollo italiano, compatibile con il documento di consenso europeo prodotto nell'ambito del Progetto IPSE.
Linee Guida Nazionali	<ul style="list-style-type: none"> - È stato prodotto un documento di raccomandazioni <i>evidence-based</i>, che include le misure di controllo da considerare irrinunciabili in quanto supportate da evidenze scientifiche forti, che è stato condiviso con i referenti nazionali e regionali del Progetto e con le Associazioni Scientifiche interessate.
Indagine conoscitiva	<ul style="list-style-type: none"> - È stata completata un'indagine sullo stato delle attività di controllo delle infezioni correlate all'assistenza che ha coinvolto: <ul style="list-style-type: none"> - tutte le regioni tranne il Molise; - tutte le Aziende Sanitarie Pubbliche esistenti (286 Aziende Sanitarie-rispondenza 87%, per un totale di 639 Presidi ospedalieri-rispondenza 88%); - le case di cura accreditate in 12 regioni.
Campagna "Cure pulite sono cure più sicure"	<ul style="list-style-type: none"> - Hanno aderito alla campagna nazionale, 15 regioni (PA di Trento e Bolzano, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto), con 141 Aziende Sanitarie e più di 330 Unità operative afferenti a diverse discipline (50 delle quali facenti parte della rete UTI-sito pilota). Il numero di operatori sanitari coinvolti, tra medici, infermieri, ostetriche, operatori di supporto all'assistenza, terapisti e tecnici, supera i 10.000.

Conclusioni

Il progetto INF-OSS, ha contribuito a realizzare una rete tra regioni che consenta la stima del fenomeno delle ICA e delle sue componenti più rilevanti, lo scambio di esperienze, la diffusione di quanto si è rivelato efficace a contenere questo fenomeno, la diffusione di una cultura della sicurezza sia per i pazienti che per gli operatori sanitari. La condivisione di strumenti comuni, la realizzazione di sistemi nazionali di sorveglianza, la definizione di un documento nazionale di Linee Guida e la descrizione della diffusione dei programmi in singole regioni e aziende rappresentano altrettanti requisiti irrinunciabili per adeguare il contesto italiano a quanto si è realizzato in questi anni in altri Paesi Europei.

Gruppo Inter-regionale INF-OSS. E. Scassa (Abruzzo), G. Cauzillo, F. Locuratolo (Basilicata), R. Barone (Calabria), R. Pizzuti (Campania), G. Simon (Friuli-Venezia Giulia), G. Ippolito, V. Puro (Lazio), M. Vizio (Liguria), A. Pavan, F. Bernieri (Lombardia), C.M. Maffei, M. D'Errico (Marche), S. Rago, R. Patriarchi (Molise), C. Zotti, C. Di Pietrantonj (Piemonte), R. Prato (Puglia), M. Mura (Sardegna), L. Maniaci, S.P. Cantaro (Sicilia), A. Poli, G. Privitera (Toscana), M. Fiorio, A. Montedori (Umbria), R. Sacco (Valle d'Aosta), P. Spolaore (Veneto), P. J. Santa (PA di Bolzano), L. Fabbri (PA di Trento).

Riferimenti bibliografici

- (1) Jarvis WR. Infection Control and Changing Health-Care Delivery Systems. *Em Infect Dis* 2001; 7: 170-173.
- (2) Burke JP. Patient safety: infection control - a problem for patient safety. *N Engl J Med.* 2003 Feb 13; 348 (7): 651-6.
- (3) Wenzel RP, Edmond MB. The impact of hospital-acquired bloodstream infections. *Emerg Infect Dis.* 2001 Mar-Apr; 7(2): 174-7.
- (4) Cook D. Ventilator associated pneumonia: perspectives on the burden of illness. *Intensive Care Med.* 2000; 26 Suppl 1: S31-7.
- (5) Harbarth S, Sax H, Gastmeier P. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. *J Hosp Infect* 2003; 54, 258-266.
- (6) Epicentro. Le infezioni correlate all'assistenza: aspetti epidemiologici. http://www.epicentro.iss.it/problemi/infezioni_correlate/epid.asp.
- (7) Tiemersma EW, Bronzwaer SLAM, Lyytikäinen O, Degener JE, Schrijnemakers P, Bruinsma N et al. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in Europe, 1999–2002. *Emerg Infect Dis* 2004.
- (8) Moro ML, Gandin C, Bella A, Siepi G, Petrosillo N. Indagine conoscitiva nazionale sulle attività di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere negli ospedali pubblici italiani. Rapporti ISTISAN 01/04, 2001.
- (9) Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie. <http://www.ccm.ministerosalute.it/>.

Qualità ed equità del Servizio Sanitario Regionale del Veneto

Dott. Roberto Gnesotto, Dott. Costantino Gallo, Dott. Nicola Gennaro, Dott. Fernando Antonio Compostella

L'Agenzia Regionale Socio-Sanitaria del Veneto (ARSS) ha elaborato, utilizzando le oltre sei milioni di Schede di Dimissioni Ospedaliere compilate tra il 2000 ed il 2006, un insieme di indicatori che considerano, oltre all'equità, tre dimensioni fondamentali della qualità: efficacia, accesso e sicurezza. I risultati di questo lavoro, che rappresenta un esempio di Medicina e Sanità Pubblica basata sulle evidenze, costituiscono basi importanti per la razionale formulazione e la valutazione di politiche e strategie regionali e di programmi locali. Le analisi prodotte hanno forte rilevanza anche per i clinici e tutti gli operatori della sanità.

Gli indicatori di efficacia analizzano, per varie diagnosi e procedure, il trend del rischio aggiustato di morte durante la degenza. Esaminano, inoltre, gli esiti ottenuti da ogni ospedale nel corso dell'ultimo anno, studiando come il rischio aggiustato di morte vari attorno alla media regionale. Il grafico ad imbuto, ad esempio, evidenzia il rischio di morte per polmonite nel corso della degenza per ogni ospedale del Veneto e permette di distinguere la variabilità compatibile con il processo regionale da quella non spiegabile con la casualità. Le misure di efficacia considerano, infine, nei residenti all'interno delle AULSS, le frequenze dei ricoveri con condizioni, come la disidratazione, per le quali una buona assistenza extraospedaliera può parzialmente prevenire il ricovero.

Gli indicatori di accesso segnalano quanto frequentemente i cittadini utilizzano procedure, come il by-pass aorto-coronarico, per le quali è possibile il sovra o il sotto-utilizzo e/o l'utilizzo inappropriato.

Infine, gli indicatori di sicurezza studiano l'incidenza di vari eventi avversi durante l'ospedalizzazione.

La maggioranza degli indicatori analizzati rivela una realtà positiva ed in alcuni casi eccellente, confermando la solidità del SSR del Veneto insieme all'importanza dei progressi raggiunti anche in tempi molto recenti. In particolare, nel corso dei sette anni considerati, si notano riduzioni significative nella mortalità intra-ospedaliera per interventi di angioplastica, resezione esofagea e craniotomia e per pazienti affetti da scompenso cardiaco congestizio e polmonite. Progressi sono stati ottenuti anche nell'accesso all'angioplastica e alla resezione pancreatica insieme ad una riduzione dell'isterectomia e dell'appendicectomia incidentale nell'anziano ed un maggiore utilizzo della colecistectomia laparoscopica.

Per quanto riguarda l'andamento degli indicatori territoriali, sono evidenti riduzioni delle ospedalizzazioni per le seguenti diagnosi:

- infezioni delle vie urinarie sia tra gli adulti sia in età pediatrica;
- asma dell'adulto e del bambino;
- malattia ostruttiva cronica polmonare;
- coma diabetico nell'adulto;
- ipertensione;
- appendicite acuta e appendicite perforata nell'adulto e nel bambino.

Allo stesso tempo, l'indagine dell'ARSS inevitabilmente identifica alcune questioni problematiche che rappresentano opportunità di ulteriore miglioramento dell'intero sistema come di sue componenti. In particolare, nell'ambito degli indicatori territoriali si notano incrementi dei tassi di ricovero per le seguenti condizioni:

- complicanze a lungo termine del diabete;
- amputazione delle estremità inferiori in pazienti diabetici;
- coma diabetico in età pediatrica;
- insufficienza cardiaca congestizia;
- disidratazione nell'adulto.

Inoltre, nonostante l'aumento della copertura con i vaccini anti-influenzale ed anti-pneumococcico, i ricoveri per polmonite batterica nell'adulto sono sostanzialmente stazionari. In ambito ostetrico aumentano le proporzioni di parti cesarei soprattutto sul totale dei parti e in modo meno accentuato tra le primipare e contemporaneamente diminuisce il parto vaginale dopo il cesareo. L'interpretazione di queste tendenze è controversa e, comunque, il Veneto rimane una delle regioni con la più bassa proporzione di utilizzo del taglio cesareo in Italia.

La relazione tra la numerosità delle procedure realizzate ed i risultati clinici, cioè l'associazione inversa tra il volume di alcuni interventi e gli esiti in termini di rischio aggiustato di mortalità intra-ospedaliera rappresenta un'altra questione di interesse strategico. Per le procedure considerate, cioè riparazione dell'aneurisma dell'aorta addominale, pancreatocomia ed esofagectomia, il fenomeno è indubbiamente presente anche nell'ambito del SSR del Veneto e le sue dimensioni sono importanti.

L'analisi evidenzia inoltre un gap nell'utilizzo di procedure di rivascolarizzazione coronarica tra le donne rispetto agli uomini nelle classi 45-54 anni ed i 75 anni ed oltre. Una differenza significativa esiste anche nel rischio aggiustato di morte intraospedaliera tra le donne rispetto agli uomini sottoposti ad angioplastica.

Un ulteriore importante aspetto dell'analisi condotta è la variabilità degli esiti e dei processi che evidenzia come le frequenze per alcune AULSS, Ospedali o Unità Operative si collochino in posizioni non compatibili con la variabilità statistica naturale. In altre parole la probabilità che tassi o percentuali si collochino casualmente in posizioni oltre i confini corrispondenti a tre deviazioni standard dalla media regionale è inferiore ad 1 su 1.000. Le informazioni riguardanti gli esiti indirizzano l'interesse verso Unità Operative e Presidi Ospedalieri che ottengono risultati incompatibili con i processi regionali nel 2006 e, più estesamente, nel corso del periodo considerato.

Gli indicatori devono essere interpretati con prudenza, contestualizzando i risultati ed utilizzando diversi indicatori, cioè triangolando le informazioni per arrivare ad interpretazioni più rappresentative della realtà. Dal momento che gli indicatori che studiano gli esiti di singole strutture costituiscono strumenti di screening, essi necessitano di ulteriori approfondimenti. Inevitabilmente le domande che l'indagine induce sono più numerose dei quesiti ai quali fornisce risposta, nondimeno dai risultati emerge un insieme di opzioni strategiche che i decisori ai vari livelli del SSR possono scegliere di adottare con modalità e tempi diversi.

Come ha sottolineato Deming, uno dei fondatori del pensiero e della pratica del miglioramento continuo della qualità, i dati costituiscono premessa di qualsiasi analisi e decisione che non abbiano a che vedere con la fede religiosa. Lo studio approfondisce con metodi rigorosi aspetti chiave della *performance* di alcuni servizi sanitari erogati in Veneto, permettendo di misurare i risultati ottenuti andando al di là di affermazioni meramente basate su impressioni ed opinioni. L'elaborazione e l'interpretazione di questi indicatori hanno innanzitutto il proposito di concorrere all'adozione di decisioni strategiche ed operative che migliorino la qualità dei servizi offerti dal SSR ai cittadini del Veneto.

Grafico 1 - Diagramma ad imbuto del rischio aggiustato di morte intraospedaliera per polmonite batterica, ospedali del Veneto - Anno 2006

