

## Assistenza territoriale

L'assistenza primaria, nel suo sviluppo dalla Dichiarazione Universale di Alma Ata nel 1978 fino ai contenuti della Carta di Tallin dedicata agli "Health Systems for Health and Wealth" ed al report del *World Health Organization* "Now more ever" di Almaty (1), entrambi elaborati nel 2008, ha dimostrato di garantire livelli elevati di qualità in termini di efficienza, efficacia, equità, sicurezza, puntualità e centralità del paziente sia a livello macro (politiche, finanziamenti e regolamentazione) sia a livello locale (organizzazione ed erogazione dei servizi). Paesi che basano l'allocazione delle risorse sui bisogni di salute piuttosto che sulla domanda e pongono attenzione ad un'assistenza centrata sulla persona e non su singoli episodi di trattamento, potenziando logiche e strumenti di assistenza primaria, presentano *outcome* di salute migliori e a minor costo. A seguito di tali evidenze il concetto di assistenza primaria è evoluto da un'area di offerta di servizi di primo livello ad un sistema caratterizzato da capacità di presa in carico e di garanzia della continuità assistenziale (2). In tal modo l'offerta di assistenza, nel rispetto dei vincoli economici, risponde altresì al bisogno di salute della popolazione legato sempre più a patologie prevalentemente croniche, responsabili di circa l'80% dei decessi (3). Una definizione operativa di tale "sistema", caratterizzato da una "molteplicità di relazioni" multiprofessionali, multidisciplinari e multisettoriali vede, quindi, oggi l'assistenza primaria con la sua rete di relazioni a livello territoriale e tra territorio e ospedale come:

- comprensiva delle attività di promozione, prevenzione e mantenimento della salute, quali il *counseling* e l'educazione sanitaria dell'assistito; di diagnosi e trattamento delle malattie acute a bassa complessità (ridotta concentrazione, saperi specialistici ed impegno tecnologico) e delle malattie croniche, nonché la capillare personalizzazione del servizio in prossimità del bisogno, in diverse sedi, dall'ambulatorio al domicilio del paziente;
- garanzia di presa in carico e continuità assistenziale mediante il coordinamento unitario e la valutazione, con indirizzo dell'assistito in diverse sedi di trattamento degli episodi di cura che possono interessare anche i livelli superiori di assistenza.

Sono quattro i principali *target* verso i quali si orientano gli interventi dell'assistenza territoriale:

1. persona sana o apparentemente sana: prevede interventi di prevenzione eziologico-ambientale su destinatario individuale;
2. paziente non classificato: al primo contatto con il Servizio Sanitario Nazionale, in regime di elezione o urgenza per situazioni "non complesse" dal punto di vista specialistico e tecnologico;
3. paziente cronico: gestione realizzata attraverso l'utilizzo di un insieme di principi e metodologie integrate basate sulle evidenze, tipo *Chronic Care Model* (2);
4. paziente non autosufficiente: per "non autosufficienza", in base alla definizione data dall'*Organisation for Economic Co-operation and Development*, si intende la "difficoltà dell'individuo di svolgere una o più funzioni della vita quotidiana (ADLs) autonomamente" (4). Questi pazienti vengono seguiti attraverso modalità di assistenza di lungo termine (*long-term care*) quali l'assistenza residenziale o domiciliare.

Pertanto, i *core indicators* rappresentati all'interno del presente capitolo focalizzano l'attenzione su alcuni dei suddetti *target*. In particolare, per quanto riguarda l'attenzione per il paziente non autosufficiente vengono presentati: presidi e posti letto residenziali per *long-term care*; ospiti nei presidi residenziali per *long-term care*; Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Per quanto riguarda l'attenzione al paziente cronico sono presentati alcuni indicatori specifici per la valutazione di esito del "disease management" del diabete, della BroncoPneumopatia Cronico-Ostruttiva (BPCO) e dell'insufficienza cardiaca. Questi indicatori derivati dai *Prevention Quality Indicators dell'Agency for Healthcare Research and Quality* (5), indicano, per ciascuna specifica "filiera" di trattamento del paziente, la morbosità ospedaliera evitabile, in particolare: dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per complicanze a lungo termine del diabete mellito, per BPCO e per insufficienza cardiaca senza procedure cardiache.

### Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization (WHO), The World Health Report 2008: Primary Health Care - Now More Than Ever, Almaty, Kazakhstan.
- (2) Damiani G, et al. Assistenza Territoriale. Rapporto Osservasalute 2008. Milano: Edizioni Prex.
- (3) World Health Organization (WHO), The World Health Report 2004: Changing History, Geneva, Switzerland.
- (4) Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers? Economics department working papers No. 477 (febbraio 2006). <http://www.oecd.org> (ultimo accesso: luglio 2009).
- (5) AHRQ Quality Indicators. Prevention Quality Indicators: Technical Specifications. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. October 2001 Version 4.1 (giugno 2009): <http://www.qualityindicators.ahrq.gov> (ultimo accesso: luglio 2009).

## Assistenza Domiciliare Integrata

**Significato.** Nell'ultimo decennio il progressivo invecchiamento della popolazione con il conseguente incremento delle patologie cronico-degenerative e della disabilità (secondo gli ultimi dati resi disponibili dall'Istat, in Italia le persone non autosufficienti sono 2 milioni e 609 mila di cui il 77% persone anziane), hanno fatto sì che la rete dei percorsi assistenziali offerti dal Servizio Sanitario Nazionale si sia sempre più sviluppata a livello territoriale, lasciando all'ospedale principalmente il compito di garantire le cure per le malattie acute.

Uno dei nodi più importanti di tale rete è rappresentato dall'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), modalità assistenziale che negli ultimi anni si è andata diffondendo in maniera disomogenea, su tutto il territorio nazionale.

I diversi profili assistenziali dell'ADI, che si distinguono per la maggiore o minore intensità di cura, per il numero e la competenza professionale specifica degli operatori coinvolti e per il profilo di persona/paziente a cui si rivolgono, hanno l'obiettivo di garantire alla persona fragile e/o non autosufficiente la permanenza presso il proprio domicilio, mediante l'applicazione di un progetto di cura e assistenza socio-sanitaria personalizzato e multiprofessionale.

Solitamente, la presa in carico del paziente può avvenire a seguito della segnalazione del Medico di Medicina Generale (MMG), del medico ospedaliero,

dei servizi sociali del comune, dei familiari o del diretto interessato. Qualora il caso risulti complesso si attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che prende in considerazione, per la redazione del piano individuale di assistenza, sia gli aspetti sanitari, cognitivi e funzionali e sia il contesto socio-abitativo della persona fragile e/o non autosufficiente. In genere, tra gli stessi componenti dell'*équipe* multiprofessionale dell'UVM, si individua il *case manager* il quale, in stretta collaborazione con il MMG, coordina gli interventi e verifica l'andamento del piano assistenziale.

Il raggiungimento dell'obiettivo prefissato nel piano Assistenziale, il peggioramento delle condizioni cliniche che determinano il ricovero ospedaliero o il decesso del paziente, l'inserimento in altro programma assistenziale (ad esempio Day Service ambulatoriale o servizio semiresidenziale/residenziale), causano la cessazione del servizio di ADI.

Gli indicatori presentati forniscono, sulla base dei dati correnti, una descrizione dell'adozione dell'Assistenza Domiciliare Integrata nelle diverse regioni con particolare attenzione alla quota rivolta ai pazienti anziani ed a quelli terminali. In quest'ultimo caso ciascun dato risente del modello organizzativo per le cure palliative attivato in ciascuna regione ed, in particolare, dell'offerta di assistenza nella rete degli *Hospice*.

### Tasso di assistibili in Assistenza Domiciliare Integrata

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Assistibili che hanno iniziato il trattamento di assistenza domiciliare}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 100.000$$

### Tasso di assistibili anziani in Assistenza Domiciliare Integrata

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Assistibili di età >65 anni che hanno iniziato il trattamento di assistenza domiciliare}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente di età >65 anni}} \times 1.000$$

### Tasso di assistibili in Assistenza Domiciliare Integrata in fase terminale

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Assistibili in fase terminale che hanno iniziato il trattamento di assistenza domiciliare}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 100.000$$

### Numero medio di ore di assistenza erogata per singolo caso trattato

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Totale ore di assistenza domiciliare erogate}}{\text{Denominatore} \quad \text{Assistibili che hanno iniziato il trattamento di assistenza domiciliare}}$$

**Numero medio di ore di assistenza erogata per singolo caso trattato di soggetto anziano**

Numeratore	Totale ore di assistenza domiciliare erogate a soggetti di età >65 anni
Denominatore	Assistibili di età >65 anni che hanno iniziato il trattamento di assistenza domiciliare

**Numero medio di ore di assistenza erogata per singolo caso trattato di soggetto in fase terminale**

Numeratore	Totale ore di assistenza domiciliare erogate a soggetti in fase terminale
Denominatore	Assistibili in fase terminale che hanno iniziato il trattamento di assistenza domiciliare

**Validità e limiti.** I dati per la costruzione degli indicatori sono stati ricavati dal modello FLS.21 di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Unità Sanitarie Locali (Decreto Ministeriale del 05/12/2006) e dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat). Trattandosi di indicatori di attività, non è possibile alcuna riflessione sulla qualità dell'assistenza domiciliare integrata erogata dalle ASL né sulla tipologia dei casi trattati.

La mancanza di un sistema di classificazione omogeneo e condiviso a livello nazionale limita sensibilmente la validità di un confronto inter-regionale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** In assenza di un valore di riferimento legislativo e di omogeneità nei modelli organizzativi, gli indicatori analizzati possono essere considerati in riferimento al valore medio nazionale.

**Descrizione dei risultati**

Complessivamente nel 2007 sono stati assistiti al proprio domicilio 474.567 pazienti. Il numero di pazienti trattati in ADI per 100.000 abitanti continua il trend in crescita, attestandosi ad un valore pari a 799 casi, con un incremento rispetto al 2006 del 13,7% (incremento medio annuo del 9,3%) (Grafico 1). Tale indicatore, anche nel 2007, registra una notevole variabilità regionale: si va, infatti, da un valore minimo di 117 ADI per 100.000 abitanti della Valle d'Aosta (peraltro raddoppiato rispetto all'anno precedente) ad un valore massimo di 2.250 del Friuli-Venezia Giulia (Tabella 1).

Globalmente, la percentuale di ADI erogata a soggetti anziani è stata pari all'81,2%, valore in lieve flessione rispetto agli ultimi tre anni per i quali sono state registrate percentuali costantemente superiori all'84%: a livello regionale il Molise presenta il valore più basso (45,4%), mentre la Liguria supera addirittura il 90% (93,5%).

Un'elevata disomogeneità è presente nel numero di

anziani trattati in ADI riferito alla stessa popolazione anziana residente: si passa, infatti, da 3,2 casi per 1.000 abitanti di età superiore a 65 anni in Valle d'Aosta a 76,8 casi per 1.000 in Friuli-Venezia Giulia. Il dato nazionale, pari a 34,3 casi per 1.000 trattati, è in aumento rispetto al 2006 (31,9 per 1.000).

La percentuale di ADI erogata a soggetti in fase terminale è complessivamente pari a 8,8%, con valori regionali che variano da 2,4% (Friuli-Venezia Giulia) a 39,7% (Provincia Autonoma di Trento).

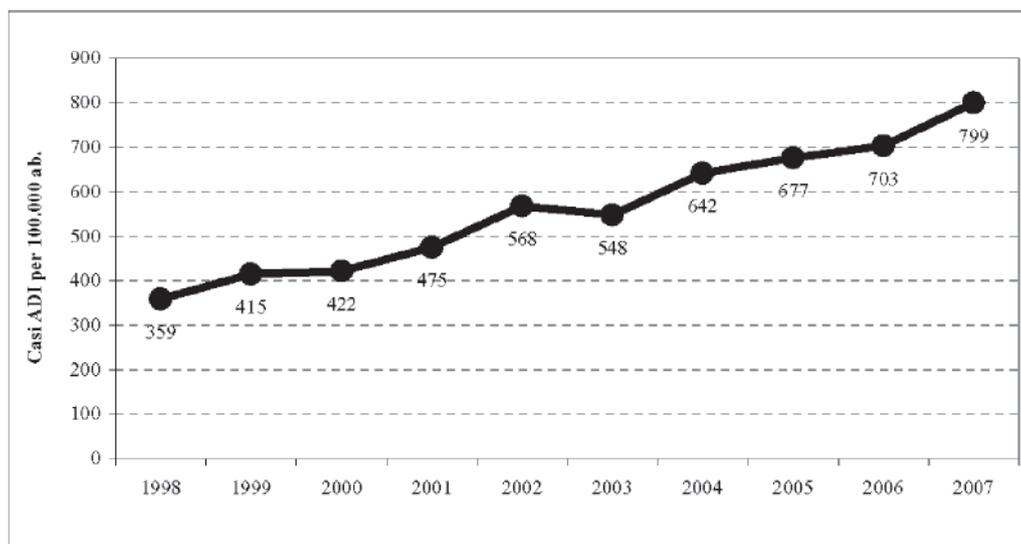
Nell'interpretazione di tale variabilità va considerata la differente struttura delle reti per le cure palliative esistenti nelle diverse realtà e, in particolare, la presenza di un'offerta assistenziale di posti letto in *Hospice*.

A livello nazionale il numero di soggetti in fase terminale trattati in ADI è risultato pari a 70,4 per 100.000. Anche per questo indicatore si evidenziano notevoli differenze a livello regionale passando da 24 per 100.000 soggetti in Puglia a 212,8 per 100.000 in Basilicata.

Accorrendo i dati per macroaree emergono anche nel 2007 evidenti differenze tra Nord e Sud: nelle regioni settentrionali il numero di ADI per 100.000 abitanti è oltre due volte e mezzo superiore rispetto a quello del Sud (1.060 vs 423 per 100.000) e tali differenze, seppur meno marcate, si presentano anche per gli altri indicatori presi in considerazione.

Mediamente a ciascun paziente sono state dedicate circa 22 ore di assistenza, prevalentemente da personale infermieristico (15 ore) (Tabella 2): tali dati non si discostano di molto da quelli dell'anno precedente (24 ore complessive di assistenza, di cui 17 da parte di personale infermieristico).

Le ore dedicate a ciascun paziente anziano risultano mediamente 21 (14 da parte di personale infermieristico), mentre quelle dedicate a ciascun paziente in fase terminale risultano essere 28.

**Grafico 1** - Pazienti trattati in ADI (per 100.000) - Anni 1998-2007

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2009.

**Tabella 1** - Assistibili trattati in ADI (valori assoluti e tassi) per regione e macroarea - Anno 2007

Regioni	Assistibili in ADI	Tassi di assistibili (per 100.00)	Anziani trattati in ADI %	Tassi di assistibili anziani (per 1.000 residenti >65 aa)	Pazienti terminali trattati in ADI %	Tassi di pazienti terminali assistibili (per 100.000)
Piemonte	24.300	555,2	71,8	18,5	16,9	93,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	147	117,2	53,1	3,2	27,2	31,9
Lombardia	81.174	846,1	84,8	38,5	9,2	77,7
Bolzano-Bozen	683	139,2	66,2	5,8	*	*
Trento	1.742	341,4	56,0	10,7	39,7	135,4
Veneto	73.431	1.528,9	81,0	67,5	6,4	98,3
Friuli-Venezia Giulia	24.958	2.050,2	81,1	76,8	2,4	50,2
Liguria	14.829	921,7	93,5	33,9	3,6	33,4
Emilia-Romagna	64.666	1.521,7	85,0	59,9	8,5	129,5
Nord	285.930	1.059,9	82,7	43,8	8,3	87,7
Toscana	22.122	604,8	81,4	22,2	13,0	78,8
Umbria	10.814	1.230,7	81,5	45,2	3,7	45,4
Marche	15.883	1.028,3	84,9	40,6	10,2	105,3
Lazio	51.877	938,6	79,7	40,7	5,3	50,1
Centro	100.696	867,5	81,1	34,7	7,6	66,1
Abruzzo	12.705	964,8	80,7	38,2	8,0	77,2
Molise	5.790	1.806,8	45,4	38,9	4,3	77,1
Campania	17.707	305,3	82,9	17,2	11,3	34,5
Puglia	13.882	340,8	83,3	17,0	7,1	24,0
Basilicata	6.774	1.145,9	75,6	45,2	18,6	212,8
Calabria	13.071	652,6	77,9	28,9	13,3	87,0
Sicilia	12.784	254,5	72,4	10,7	19,3	49,2
Sardegna	5.228	314,5	68,4	12,6	14,5	45,5
Sud ed Isole	87.941	423,0	76,5	19,3	11,9	50,4
<b>Italia</b>	<b>474.567</b>	<b>799,3</b>	<b>81,2</b>	<b>34,3</b>	<b>8,8</b>	<b>70,4</b>

\*Valore inferiore a 0,5.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2009.

**Tabella 2** - Ore di assistenza erogata per caso in ADI per regione, macroarea e tipologia di operatore - Anno 2007

Regioni	Terapisti della riabilitazione			Infermieri			Altri operatori			Totale ore		
	Per caso	Per caso anziano	Per caso in fase terminale	Per caso	Per caso anziano	Per caso in fase terminale	Per caso	Per caso anziano	Per caso in fase terminale	Per caso	Per caso anziano	Per caso in fase terminale
Piemonte	1	1	*	12	11	14	8	8	3	21	20	17
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4	6	4	18	24	20	130	147	191	152	177	215
Lombardia	4	4	1	11	11	13	2	2	4	17	17	18
Bolzano-Bozen	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Trento	n.d.	n.d.	n.d.	20	21	13	n.d.	n.d.	n.d.	20	21	13
Veneto	1	1	*	8	7	15	1	1	3	10	9	18
Friuli-Venezia Giulia	1	1	1	6	6	13	*	*	3	7	7	17
Liguria	5	5	7	16	14	61	4	2	31	25	21	99
Emilia-Romagna	*	*	*	20	19	19	2	2	1	22	21	20
Nord	2	2	0	12	12	16	2	2	4	16	16	20
Toscana	2	2	1	15	13	15	7	8	5	24	23	21
Umbria	1	1	1	19	20	41	13	14	13	33	35	55
Marche	6	6	3	19	19	20	2	2	1	27	27	24
Lazio	5	6	6	13	11	15	1	1	1	19	18	22
Centro	4	4	3	15	14	17	4	4	3	23	22	23
Abruzzo	8	7	9	19	13	36	*	*	*	27	20	45
Molise	4	5	6	10	13	20	1	1	1	15	19	27
Campania	7	7	4	28	27	40	25	9	18	60	43	62
Puglia	16	16	4	32	31	56	2	1	2	50	48	62
Basilicata	13	14	13	24	25	26	3	3	4	40	42	43
Calabria	3	3	*	11	10	11	1	1	*	15	14	11
Sicilia	9	10	6	19	17	24	4	2	13	32	29	43
Sardegna	12	12	10	58	54	82	2	1	3	72	67	95
Sud ed Isole	9	9	6	24	23	33	6	3	7	39	35	46
<b>Italia</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>21</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>28</b>

\*Valore inferiore a 0,5; n.d. = non disponibile.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2009.

### Raccomandazioni di Osservasalute

I dati sono suggestivi di una progressiva e continua espansione dell'Assistenza Domiciliare Integrata nei modelli organizzativi delle cure primarie delle regioni italiane. Tuttavia, permane una evidente disomogeneità sul territorio nazionale con notevoli differenze tra Nord e Sud. In tale scenario l'aggiornamento del flusso informativo mediante il DM del 5 dicembre 2006 ha permesso l'introduzione nell'attuale Rapporto Osservasalute, di nuovi indicatori che consentono una visione più completa del complesso fenomeno dell'Assistenza Domiciliare Integrata. In particolare, migliora la descrivibilità dell'attività erogata nella fascia dei soggetti anziani e dei pazienti terminali. Quest'ultimo aspetto può sottendere un progressivo ingresso delle cure palliative domiciliari nei modelli di trattamento della fase ultima della patologia neoplastica. Permangono, tuttavia, ancora grandi differenze nei criteri che definiscono le attività assistenziali proprie dell'ADI, in particolare per l'assenza di un inserimento nei LEA. Il nuovo flusso informativo istituito per il 2009 con DM 17 dicembre 2008 (Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare), che fornisce indicazioni sulla raccolta dei dati circa la presa in carico dell'assistito, la sua valutazio-

ne multidimensionale, la definizione del piano/progetto/programma di assistenza individuale, la responsabilità clinica in capo ai MMG, Pediatri di Libera Scelta o ai medici competenti per la terapia del dolore, purché afferenti al distretto/ASL, potrà sicuramente costituire un valido supporto per una migliore valutazione dei processi assistenziali svolti in ADI nella realtà italiana.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Disabilità in cifre. Ultimo accesso agosto 2009: <http://www.disabilitaincifre.it/index.asp>.
- (2) Ancona A. Le cure primarie: una priorità per il servizio sanitario. Monitor 2008; 20: 3-5.
- (3) La Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009. 26 febbraio 2009.
- (4) Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Progetto Mattoni SSN. Assistenza primaria e prestazioni domiciliari "Relazione Finale". 2007.
- (5) Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere. Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. 1998-2007.
- (6) DM 17 dicembre 2008. Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare.

## Presidi e posti letto residenziali per *long-term care*

**Significato.** Secondo la definizione dell'OECD (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) i presidi residenziali per *long-term care* (ltc) sono presidi dedicati a soggetti che necessitano di assistenza continua a causa di patologie croniche e di ridotto grado di autonomia nelle attività quotidiane (1). Rappresentano un nodo fondamentale della rete dell'assistenza come confermato dalle linee di indirizzo dei Piani Sanitari Regionali che, così come riportato dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, convergono nel delineare strategie di rafforzamento del profilo di offerta nel circuito dell'assistenza: “*dalle cure a domicilio all'assistenza ai malati terminali alla lungodegenza*” (2).

### Tasso di presidi residenziali per *long-term care*

Numeratore	Presidi residenziali per <i>long-term care</i>	x 100.000
Denominatore	Popolazione media residente	

### Tasso di posti letto per *long-term care*

Numeratore	Posti letto per <i>long-term care</i>	x 100.000
Denominatore	Popolazione media residente	

**Validità e limiti.** Al fine di fornire una lettura coerente dell'indicatore, il profilo di offerta è stato posto in relazione con la popolazione media residente totale e non con la sola popolazione anziana. In tal modo si ritiene di offrire un'analisi comparata della ricettività di tale tipologia di strutture che è, coerentemente con la definizione scelta, aperta a diverse fasce di popolazione. La scelta pone, tuttavia, problemi di confrontabilità con analoghi indicatori OECD (1) che prendono in considerazione la sola popolazione anziana ed, esclusivamente, i posti letto ospedalieri di lungodegenza e le Residenze Sanitarie Assistenziali rilevate dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

I dati provengono dalla Rilevazione dell'Istat sui presidi residenziali socio-assistenziali. Il dato di risposta per la rilevazione si attesta intorno al 75%, ma i dati qui presentati sono riportati all'universo.

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

Ai fini di una rappresentazione il più possibile rispondente alla definizione di ltc, tenuto conto delle difformità esistenti tra le diverse tipologie di presidio, sono state incluse tutte le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), le Residenze socio-sanitarie per anziani e le Comunità socio-riabilitative; per quanto riguarda le Residenze assistenziali per anziani autosufficienti, le Comunità alloggio, le Comunità familiari e la tipologia. Altre strutture, sono state incluse solo quelle caratterizzate da una componente sanitaria (presenza di personale medico o infermieristico) o finanziate da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

### Descrizione dei risultati

I presidi residenziali per *long-term care* (ltc) ammontano a 6.548 unità per un totale di circa 300 mila posti letto.

Il tasso complessivo relativo ai presidi residenziali, pari a 11,2 strutture ogni 100.000 abitanti, presenta differenze marcate tra le regioni e, tranne alcune eccezioni, un gradiente Nord-Sud dai valori più alti ai valori più bassi. Particolarmente elevato appare il tasso di strutture nella Provincia Autonoma di Trento ed in Valle d'Aosta. Tra le regioni del Centro e del Sud, solo Toscana, Marche e Molise presentano un valore superiore alla media nazionale.

Tale gradiente appare ancora più evidente considerando l'offerta in termini di posti letto per ltc. Tutte le regioni del Nord presentano un tasso di posti letto per 100.000 abitanti più elevato della media nazionale (511,5), mentre al Centro-Sud solo Marche e Molise superano tale valore.

Più complessa risulta, invece, l'analisi dei dati relativamente alle singole tipologie di strutture selezionate; non si individua chiaramente un modello di offerta comune nelle diverse realtà territoriali.

**Tabella 1** - Tassi di presidi residenziali (per 100.000) per long-term care per regione e tipologia di struttura - Anno 2005

Regioni	Comunità familiare, Comunità socio-riabilitativa, Comunità alloggio	Residenza assistenziale per anziani autosufficienti	Residenza socio-sanitaria per anziani	RSA	Altro	Totale
Piemonte	4,98	10,66	5,14	1,82	0,44	23,04
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,24	3,24	18,64	5,67	0,81	31,60
Lombardia	2,37	0,30	0,29	5,89	0,31	9,16
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,43</i>	<i>0,00</i>	<i>13,42</i>	<i>2,13</i>	<i>0,21</i>	<i>16,19</i>
<i>Trento</i>	<i>17,04</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>11,29</i>	<i>0,00</i>	<i>28,34</i>
Veneto	3,14	1,25	5,04	1,19	0,21	10,83
Friuli-Venezia Giulia	6,38	3,81	7,21	2,90	0,50	20,80
Liguria	7,24	1,06	10,24	3,25	0,56	22,36
Emilia-Romagna	5,80	6,09	8,35	1,58	0,00	21,83
Toscana	1,52	2,36	1,03	6,84	0,33	12,08
Umbria	3,13	1,62	3,01	0,69	0,12	8,57
Marche	3,68	5,18	3,68	3,74	0,00	16,28
Lazio	3,23	3,23	0,34	1,12	0,23	8,15
Abruzzo	2,99	1,84	2,61	1,23	0,08	8,75
Molise	7,47	2,18	5,60	0,31	0,00	15,56
Campania	1,54	1,24	0,35	0,50	0,09	3,71
Puglia	1,08	1,82	1,13	0,20	0,15	4,37
Basilicata	2,69	1,85	1,01	0,00	0,00	5,54
Calabria	1,79	0,80	0,50	1,30	0,25	4,63
Sicilia	3,03	1,79	1,54	0,44	0,28	7,08
Sardegna	6,66	1,82	0,54	1,39	0,18	10,59
<b>Italia</b>	<b>3,29</b>	<b>2,63</b>	<b>2,61</b>	<b>2,41</b>	<b>0,23</b>	<b>11,17</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali. Anno 2008.

**Tabella 2** - Tassi di posti letto (per 100.000) per long-term care per regione e tipologia di struttura - Anno 2005

Regioni	Comunità familiare, Comunità socio-riabilitativa, Comunità alloggio	Residenza assistenziale per anziani autosufficienti	Residenza socio-sanitaria per anziani	RSA	Altro	Totale
Piemonte	69,30	552,94	306,99	140,50	12,48	1.082,21
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	56,72	42,94	589,84	119,91	19,45	828,86
Lombardia	40,62	13,74	29,57	537,07	10,55	631,55
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>100,73</i>	<i>0,00</i>	<i>301,88</i>	<i>537,72</i>	<i>1,22</i>	<i>941,55</i>
<i>Trento</i>	<i>8,73</i>	<i>0,00</i>	<i>630,05</i>	<i>116,72</i>	<i>2,56</i>	<i>758,06</i>
Veneto	34,56	130,17	487,93	104,28	7,78	764,72
Friuli-Venezia Giulia	90,01	118,61	616,41	141,65	12,35	979,03
Liguria	113,98	42,34	559,70	170,62	13,68	900,31
Emilia-Romagna	63,51	189,69	426,27	51,54	0,00	731,01
Toscana	26,82	72,40	46,80	298,77	10,14	454,94
Umbria	99,49	53,86	148,37	33,12	2,32	337,15
Marche	40,03	212,17	204,75	97,06	0,00	554,01
Lazio	108,37	130,06	20,24	77,71	5,62	342,00
Abruzzo	89,00	69,95	156,34	61,35	5,38	382,02
Molise	212,49	75,60	317,95	6,22	0,00	612,26
Campania	31,24	60,16	11,11	17,62	1,26	121,38
Puglia	51,23	80,27	63,57	7,40	9,88	212,34
Basilicata	49,22	57,95	41,66	0,00	0,00	148,83
Calabria	49,38	20,18	16,94	57,65	6,03	150,19
Sicilia	62,15	67,81	84,44	18,15	9,63	242,19
Sardegna	154,28	89,00	22,08	71,63	8,41	345,40
<b>Italia</b>	<b>60,55</b>	<b>116,37</b>	<b>163,16</b>	<b>163,35</b>	<b>7,30</b>	<b>511,49</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali. Anno 2008.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Al fine di avere una visione complessiva dei dati presentati occorrerebbe prendere in considerazione per ogni singola regione sia la domanda di residenzialità sia l'offerta complessiva anche di forme di assistenza alternative rivolte alla popolazione, quali l'assistenza domiciliare. Le singole regioni possono, infatti, avere da questo punto di vista orientamenti molto diversi, ai quali concorrono valutazioni anche di tipo economico e di appropriatezza.

Si sottolinea, inoltre, come in diversi casi i profili di utilizzo delle singole strutture non siano univoci nell'ambito di realtà regionali diverse (3).

Coerentemente con quanto già evidenziato nell'ambito dei Rapporti Osservasalute precedenti, si sottolinea

l'importanza di una revisione del sistema di rilevazione riferito a questa specifica area per la quale continua ad essere difficile studiare la relazione tra sistema di offerta e bisogni assistenziali della popolazione. Nell'ambito delle politiche, sarebbe apprezzabile maggiore chiarezza nella definizione degli appropriati profili di utilizzo, anche attraverso processi di accreditamento basati sul possesso di requisiti.

### **Riferimenti bibliografici**

- (1) Health at a Glance 2009: OECD Indicators: [www.oecd.org](http://www.oecd.org).
- (2) Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.
- (3) Pesaresi F, Simoncelli M: Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione. Tendenze nuove 2008; 2: 199-232.

## Ospiti nei presidi residenziali per *long-term care*

**Significato.** Secondo la definizione dell'OECD (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) gli ospiti nei presidi residenziali per *long-term care* (ltc) sono i soggetti che necessitano di assistenza continua a causa di patologie croniche e di ridotto grado di autonomia nelle attività quotidiane (1).

Ai fini di una rappresentazione il più possibile rispondente alla definizione di ltc, tenuto conto delle difformità esistenti tra le diverse tipologie di presidio, sono

state incluse tutte le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), le Residenze socio-sanitarie per anziani e le Comunità socio-riabilitative; per quanto riguarda le Residenze assistenziali per anziani autosufficienti, le Comunità alloggio, le Comunità familiari e la tipologia Altre strutture, sono state incluse solo quelle caratterizzate da una componente sanitaria (presenza di personale medico o infermieristico) o finanziate da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

### Tasso di ospiti minori e adulti nei presidi residenziali per *long-term care*

Numeratore	Ospiti minori e adulti dei presidi residenziali per ltc	
Denominatore	Popolazione media residente della stessa classe di età	x 100.000

### Tasso di ospiti anziani nei presidi residenziali per *long-term care*

Numeratore	Ospiti anziani dei presidi residenziali per ltc	
Denominatore	Popolazione media residente della stessa classe di età	x 100.000

**Validità e limiti.** Nell'indagine Istat sui presidi residenziali socio-assistenziali la definizione di disabilità varia al variare dell'età degli ospiti. Per i minori di 18 anni si considerano ospiti con disabilità coloro che presentano una disabilità fisica, psichica, sensoriale o plurima. Per gli adulti tra 18 e 64 anni si considerano ospiti con disabilità oltre a coloro che presentano una disabilità descritta precedentemente, anche coloro che hanno una disabilità di tipo psichiatrico. Tra la popolazione anziana, invece, sono considerati anziani non autosufficienti gli ospiti con più di 65 anni in stato di invalidità permanente o affetti da malattia cronica, con conseguente riduzione dell'autonomia personale tale da richiedere l'aiuto di altre persone in modo continuo per svolgere funzioni importanti della vita quotidiana. Questo pone dei problemi di confrontabilità con analoghi indicatori dell'OECD (1) in quanto i criteri di selezione utilizzati per il calcolo di questo indicatore appena descritti, sono sicuramente più ampi rispetto a quelli utilizzati dall'OECD, che considerano la sola popolazione anziana. Gli scostamenti nei diversi contesti regionali possono dipendere non solo da una diversa capacità di risposta a condizioni di fragilità e bisogni tipicamente molto variegati e complessi, ma anche da un diverso livello di offerta residenziale presente sul territorio e/o da una diversa organizzazione della rete socio-assistenziale.

I dati provengono dalla Rilevazione dell'Istat sui presidi residenziali socio-sanitari. Il tasso di risposta per la rilevazione si attesta intorno al 75%, ma i dati qui presentati sono riportati all'universo.

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

### Descrizione dei risultati

Gli ospiti nei presidi residenziali di ltc sono circa 6.000 per i minori, quasi 39.000 per gli adulti e circa 223.000 per gli anziani. Di questi 268.000 ospiti più di 181.000 (68%) presentano una disabilità.

I dati evidenziano, per tutti gli indicatori considerati, un maggior ricorso all'istituzionalizzazione nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Sud. Tale variabilità regionale risente della distribuzione territoriale dell'offerta residenziale.

Il tasso di ospiti minori è pari a 57,4 ogni 100.000 residenti minori. Le regioni che si discostano dal gradiente Nord-Sud per questa tipologia di utenza sono la Provincia Autonoma di Bolzano ed il Friuli-Venezia Giulia, per quanto concerne le regioni del Nord, mentre il Molise e la Sicilia per il Mezzogiorno. Il gradiente non è confermato se si considerano gli ospiti minori con disabilità: i tassi risultano significativamente più elevati della media in Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna, Lazio, Abruzzo e Sardegna.

Risultati analoghi si ottengono dall'analisi degli indicatori sugli ospiti adulti, anche se le regioni con un tasso elevato di ospiti adulti con disabilità sono Piemonte, Provincia Autonoma di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Liguria e Molise.

Ancora più marcate appaiono le differenze territoriali per quanto riguarda gli ospiti anziani, i quali rappresentano circa l'83% del totale degli ospiti considerati. In Italia sono 1.944 gli anziani istituzionalizzati ogni

100.000 anziani, con un chiaro gradiente Nord-Sud sia per il totale degli ospiti che per quelli non autosufficienti.

**Tabella 1** - Tassi di ospiti minori e adulti (per 100.000 ab della stessa età) dei presidi residenziali per ltc per regione e presenza di disabilità - Anno 2005

Regioni	Minori			Adulti		Totale
	Con disabilità	Senza disabilità	Totale	Con disabilità	Senza disabilità	
Piemonte	20,37	29,08	49,45	111,55	78,38	189,93
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	0,00	0,00	52,97	31,53	84,50
Lombardia	5,64	61,75	67,39	46,68	64,32	111,00
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,00</i>	<i>18,89</i>	<i>18,89</i>	<i>28,74</i>	<i>50,47</i>	<i>79,21</i>
<i>Trento</i>	<i>3,43</i>	<i>70,84</i>	<i>74,27</i>	<i>166,62</i>	<i>142,13</i>	<i>308,75</i>
Veneto	9,51	46,93	56,44	72,41	67,74	140,15
Friuli-Venezia Giulia	7,55	34,27	41,82	98,90	71,95	170,86
Liguria	12,27	76,43	88,70	112,48	85,01	197,49
Emilia-Romagna	10,15	71,21	81,35	27,21	77,88	105,09
Toscana	8,60	44,31	52,91	36,70	52,47	89,17
Umbria	8,46	3,08	11,54	55,78	39,63	95,40
Marche	2,08	14,57	16,65	89,05	37,19	126,24
Lazio	10,60	60,08	70,68	53,43	57,29	110,72
Abruzzo	18,61	11,63	30,24	81,57	21,32	102,88
Molise	5,59	121,14	126,73	91,13	156,45	247,58
Campania	3,52	36,39	39,91	16,09	23,38	39,47
Puglia	2,90	29,00	31,90	24,37	14,45	38,82
Basilicata	0,00	64,59	64,59	38,71	4,60	43,31
Calabria	2,07	49,68	51,75	11,22	32,79	44,01
Sicilia	4,67	83,64	88,31	66,41	16,09	82,50
Sardegna	14,22	29,56	43,79	45,70	22,49	68,19
<b>Italia</b>	<b>7,52</b>	<b>49,87</b>	<b>57,39</b>	<b>53,82</b>	<b>50,42</b>	<b>104,25</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali. Anno 2008.

**Tabella 2** - Tassi di ospiti anziani (per 100.000 ab della stessa età) dei presidi residenziali per ltc per regione e presenza di autosufficienza - Anno 2005

Regioni	Autosufficienti	Non autosufficienti	Totale
Piemonte	1.449,86	2.244,38	3.694,24
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	452,52	3.264,58	3.717,10
Lombardia	193,39	2.496,91	2.690,29
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>447,89</i>	<i>3.944,39</i>	<i>4.392,28</i>
<i>Trento</i>	<i>259,00</i>	<i>4.648,53</i>	<i>4.907,53</i>
Veneto	728,12	2.488,08	3.216,20
Friuli-Venezia Giulia	828,99	2.637,37	3.466,37
Liguria	981,25	1.620,82	2.602,07
Emilia-Romagna	506,33	1.843,00	2.349,33
Toscana	496,34	1.026,46	1.522,80
Umbria	229,95	861,08	1.091,04
Marche	501,66	1.344,37	1.846,03
Lazio	681,02	462,80	1.143,82
Abruzzo	480,86	749,94	1.230,80
Molise	818,39	943,64	1.762,04
Campania	304,92	112,52	417,44
Puglia	348,03	394,15	742,18
Basilicata	245,14	186,41	431,55
Calabria	282,29	212,75	495,04
Sicilia	397,73	295,09	692,82
Sardegna	624,15	710,83	1.334,98
<b>Italia</b>	<b>546,57</b>	<b>1.397,49</b>	<b>1.944,06</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali. Anno 2008.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

La quota di soggetti istituzionalizzati dipende innanzitutto dall'offerta di posti letto per *long-term care*. Da questo punto di vista le regioni presentano sistemi di offerta molto diversificati ed, in alcuni casi, giudicati carenti rispetto ai bisogni della popolazione (2). In particolar modo, nel caso dei soggetti anziani, questa situazione potrebbe determinare un utilizzo non appropriato dei diversi *setting* assistenziali. Questo a sua volta potrebbe tradursi, ad esempio, in un allungamento della durata della degenza in strutture per acuti. Occorre, inoltre, considerare che l'indicatore può essere influenzato da fattori legati all'assetto sociale e culturale che circonda l'anziano, elemento che potrebbe riflettersi in una maggiore o minore propensione al ricorso alla istituzionalizzazione. Più com-

piessa risulta la lettura del dato relativo agli ospiti minori e adulti, anch'esso, peraltro, potenzialmente legato alla presenza più o meno accentuata di forme alternative di assistenza nonché a fattori di ordine sociale e culturale. Si sottolinea che molte regioni esprimono, nell'ambito dei Piani Sanitari Regionali, un orientamento verso un potenziamento dell'assistenza domiciliare. Tale indicazione potrebbe riflettersi in possibili variazioni del quadro descritto, seppure nel medio-lungo periodo.

### **Riferimenti bibliografici**

- (1) Society at a Glance/OECD2005: OECD Indicators ([www.oecd.org/els/social/indicators](http://www.oecd.org/els/social/indicators)).
- (2) Pesaresi F, Simoncelli M: Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione. Tendenze nuove 2008; 2: 199-232.

## Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per Complicanze a Lungo Termine del Diabete mellito

**Significato.** Il diabete è una malattia cronica caratterizzata dalla presenza di elevati livelli di glucosio nel sangue (iperglicemia) e dovuta ad un'alterata quantità o funzione dell'insulina. Il diabete può determinare complicanze croniche che possono essere prevenute o di cui si può rallentare la progressione attraverso uno stretto controllo di tutti i fattori di rischio. La gestione delle Complicanze a Lungo Termine del Diabete mellito (CLTD) può essere realizzata attraverso un'assistenza territoriale che fornisca al paziente informazioni e mezzi per un adeguato controllo

metabolico, così da evitare l'emergere di quadri di diabete scompensato che renderebbero necessaria l'ospedalizzazione. Incluso tra i "Prevention Quality Indicators" dell'AHQR (*Agency for Healthcare Research and Quality*) (1), il tasso di ospedalizzazione per queste condizioni "sensibili alle cure ambulatoriali" intende misurare la qualità dei servizi territoriali in termini di prevenzione e di cura presupponendo che, al migliorare di queste, diminuisca il ricorso all'ospedale.

### Tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per Complicanze a Lungo Termine del Diabete mellito\*

Numeratore	Dimissioni di persone di 18 anni ed oltre per CLTD (ICD-9-CM: 250.40-43; 250.50-53; 250.60-63; 250.70-73; 250.80-83; 250.90-93)	
Denominatore	Popolazione media residente di 18 anni ed oltre	x 1.000

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

**Validità e limiti.** L'indicatore si riferisce ai ricoveri per acuti di 18 anni ed oltre con diagnosi principale per CLTD in regime di ricovero ordinario, avvenuti negli istituti pubblici e privati accreditati nel 2007. Se il miglioramento della qualità dei servizi territoriali può ridurre il rischio di ospedalizzazione (segnale), tale rischio è influenzato da altri determinanti non controllabili da parte del sistema sanitario o non associati alla qualità dei servizi territoriali (rumore), come le caratteristiche socio-economiche della popolazione, disomogenee a livello regionale e i criteri di ammissione ospedaliera, che potrebbero determinare variazioni dei tassi di ospedalizzazione indipendentemente dalla qualità dei servizi territoriali. Da qui, le necessarie cautele nell'interpretazione e sull'opportunità di utilizzo di questo indicatore nel contesto di sistemi di valutazione che tengano conto anche dei processi assistenziali a livello territoriale. La popolazione in analisi è quella di tutti gli adulti.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Come valore di riferimento si possono considerare i terzili della distribuzione regionale dei tassi standardizzati. La mediana dei tassi standardizzati è 0,37 per 1.000, mentre quella della differenza tra i tassi standardizzati 2007-2005 è -0,05 per 1.000.

### Descrizione dei risultati

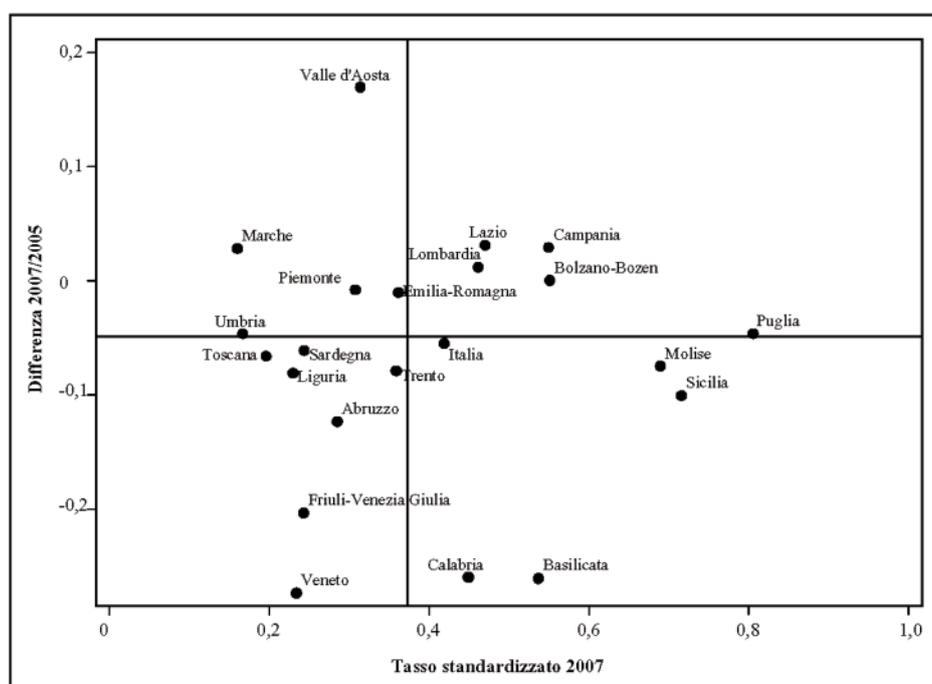
Il tasso standardizzato di ospedalizzazione per CLTD per l'anno 2007 varia da 0,17 ricoveri per 1.000 ultra 18enni residenti in Umbria e Marche a 0,83 ricoveri per 1.000 ultra 18enni residenti in Puglia che, quindi, mostra un valore di cinque volte maggiore rispetto al valore più basso (Tabella 1). I trend temporali sono in diminuzione per alcune regioni ed in aumento per altre. Distribuendo le regioni in quattro gruppi a seconda delle mediane dei tassi di ospedalizzazione per il 2007 e del trend temporale, definito come la differenza tra il 2007 ed il 2005, osserviamo regioni, come il Veneto, con tassi di ospedalizzazione più bassi della mediana e trend temporale in ulteriore diminuzione e regioni, come la Puglia, con tassi di ospedalizzazione più alti della mediana e trend stabile (Grafico 1).

**Tabella 1** - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per CLTD (per 1.000) per regione - Anni 2005, 2007

Regioni	2005	Regioni	2007
Marche	0,13	Umbria	0,17
Valle d'Aosta-Vallé d'Aoste	0,14	Marche	0,17
Umbria	0,21	Toscana	0,20
Toscana	0,26	Veneto	0,24
Sardegna	0,31	Liguria	0,24
Liguria	0,31	Friuli-Venezia Giulia	0,25
Piemonte	0,32	Sardegna	0,25
Emilia-Romagna	0,37	Abruzzo	0,30
Abruzzo	0,41	Piemonte	0,32
Trento	0,44	Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,33
Lazio	0,44	Trento	0,37
Friuli-Venezia Giulia	0,45	Emilia-Romagna	0,38
Lombardia	0,45	Calabria	0,47
Veneto	0,51	Lombardia	0,48
Campania	0,52	Lazio	0,49
Bolzano-Bozen	0,55	Basilicata	0,56
Calabria	0,71	Bolzano-Bozen	0,57
Molise	0,76	Campania	0,57
Basilicata	0,80	Molise	0,72
Sicilia	0,82	Sicilia	0,74
Puglia	0,85	Puglia	0,83
<b>Italia</b>	<b>0,47</b>	<b>Italia</b>	<b>0,44</b>

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana al censimento del 2001.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO - Istat. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) per la popolazione. Anno 2009.

**Grafico 1** - Distribuzione regionale per livelli dei tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per CLTD (per 1.000) e trend temporali - Anno 2007

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO - Istat. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) per la popolazione. Anno 2009.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Le CLTD sono una condizione cronica la cui gestione potrebbe beneficiare di modalità innovative incentrate sull'interazione tra *team* assistenziali preparati e proattivi e pazienti informati e attivi secondo le indicazioni del *Chronic Care Model* (2). Per questa condizione risultano, peraltro, di fondamentale importanza gli interventi di prevenzione dell'obesità, soprattutto se multisettoriali e integrati con gli interventi curativi (3).

### **Riferimenti bibliografici**

- (1) AHRQ Quality Indicators. Prevention Quality Indicators: Technical Specifications. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. October 2001 Version 3.2 (February 2008): <http://www.qualityindicators.ahrq.gov> (ultimo accesso: ottobre 2008).
- (2) Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001; 20: 64-78.
- (3) Davis N, Forges B, Wylie-Rosett J. Role of obesity and lifestyle interventions in the prevention and management of type 2 diabetes. *Minerva Med*. 2009 June; 100 (3): 221-8.

## Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per BroncoPneumopatia Cronico Ostruttiva

**Significato.** La BroncoPneumopatia Cronico Ostruttiva (BPCO) è una condizione cronica che determina un elevato carico di malattia nella popolazione adulta e soprattutto anziana. Incluso tra i “Prevention Quality Indicators” dell’AHQR (*Agency for Healthcare Research and Quality*) (1), il tasso di

ospedalizzazione per questa condizione “sensibile alle cure ambulatoriali” intende misurare la qualità dei servizi territoriali in termini di prevenzione e di cura presupponendo che, al migliorare di queste, diminuisca il ricorso all’ospedale.

### Tasso di dimissioni ospedaliere per BroncoPneumopatia Cronico Ostruttiva\*

Numeratore	Dimissioni di persone di 65 anni ed oltre per BPCO (ICD-9-CM 490, 491.x, 492.x, 496.x)
	————— x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente di 65 anni ed oltre

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

**Validità e limiti.** La riproducibilità e l’accuratezza della misurazione di questo indicatore, basato sul flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera, sono elevate. La standardizzazione per età aggiusta per le differenti strutture delle popolazioni. Se il miglioramento della qualità dei servizi territoriali può ridurre il rischio di ospedalizzazione (segnale), tale rischio è influenzato da altri determinanti non controllabili da parte del sistema sanitario o non associati alla qualità dei servizi territoriali (rumore), come le caratteristiche socio-economiche della popolazione, disomogenee a livello regionale, e i criteri di ammissione ospedaliera, che potrebbero determinare variazioni dei tassi di ospedalizzazione indipendentemente dalla qualità dei servizi territoriali. Da qui, le necessarie cautele nell’interpretazione e sull’opportunità di utilizzo nel contesto di sistemi di valutazione che tengano conto anche dei processi assistenziali a livello territoriale. L’analisi si concentra sulla popolazione ultra 64enne, poiché è in questa fascia d’età che si concentra la prevalenza della patologia e, quindi, l’indicatore ha valori significativi.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Come valore di riferimento si possono considerare i terzili dei tassi regionali. La mediana dei tassi standardizzati è 6,14 per 1.000, mentre quella della differenza tra i tassi standardizzati 2007-2005 è -1,78 per 1.000.

### Descrizione dei risultati

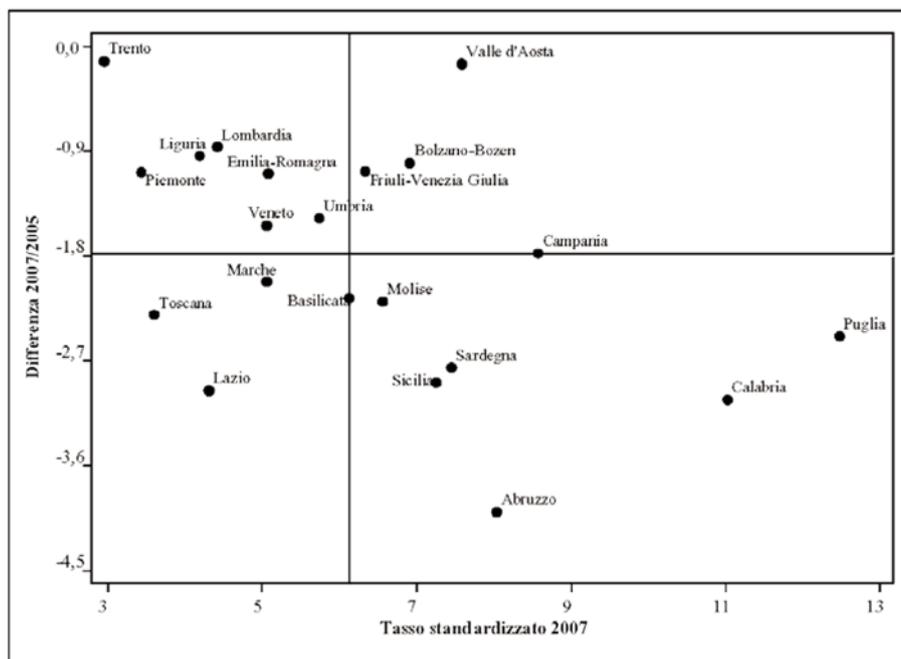
Il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per BPCO per l’anno 2007 varia da 2,95 ricoveri per 1.000 ultra 65enni residenti nella Provincia Autonoma di Trento a 12,48 ricoveri per 1.000 ultra 65enni residenti in Puglia: la regione Puglia presenta cioè un tasso quattro volte maggiore rispetto alla Provincia Autonoma di Trento (Tabella 1). I trend temporali sono, generalmente, in diminuzione come atteso, considerata la progressiva diminuzione della percentuale di fumatori verificatesi nel corso delle ultime decadi. Distribuendo le regioni in quattro gruppi a seconda delle mediane dei tassi di ospedalizzazione per il 2007 e del trend temporale, definito come la differenza tra il 2007 ed il 2005, osserviamo regioni, come il Lazio, con tassi di ospedalizzazione più bassi della mediana e trend temporale in ulteriore diminuzione e regioni, come la Puglia, con tassi di ospedalizzazione più alti della mediana e trend temporale in diminuzione (Grafico 1). Si assiste, cioè, a una diminuzione che avviene ovunque, ma a due velocità: da un lato si ha una diminuzione lieve in tutte le regioni che presentano tassi inferiori alla media nazionale, dall’altro lato ci sono le regioni con tassi più elevati che, però, presentano un maggior trend di diminuzione. Questo fenomeno potrebbe essere il risultato dell’attivazione, negli ultimi anni, nelle regioni con tassi di ospedalizzazione più elevati, di politiche che hanno l’obiettivo di delocalizzare sul territorio l’assistenza ai malati affetti da BPCO.

**Tabella 1** - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per BPCO (per 1.000) per regione - Anni 2005, 2007

Regioni	2005	Regioni	2007
Trento	3,08	Trento	2,95
Piemonte	4,52	Piemonte	3,43
Liguria	5,14	Toscana	3,60
Lombardia	5,29	Liguria	4,19
Toscana	5,91	Lazio	4,31
Emilia-Romagna	6,18	Lombardia	4,42
Veneto	6,60	Veneto	5,06
Marche	7,09	Marche	5,07
Umbria	7,22	Emilia-Romagna	5,08
Lazio	7,27	Umbria	5,74
Friuli-Venezia Giulia	7,41	Basilicata	6,14
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	7,74	Friuli-Venezia Giulia	6,34
Bolzano-Bozen	7,92	Molise	6,57
Basilicata	8,30	Bolzano-Bozen	6,91
Molise	8,76	Sicilia	7,26
Sicilia	10,15	Sardegna	7,46
Sardegna	10,22	Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	7,59
Campania	10,34	Abruzzo	8,03
Abruzzo	12,03	Campania	8,56
Calabria	14,06	Calabria	11,02
Puglia	14,97	Puglia	12,48
<b>Italia</b>	<b>7,73</b>	<b>Italia</b>	<b>5,89</b>

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

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

**Grafico 1** - Distribuzione regionale per livelli dei tassi standardizzati di dimissione ospedaliere per BPCO (per 1.000) e trend temporali - Anno 2007

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

**Raccomandazioni di Osservasalute**

La BPCO è una condizione cronica la cui gestione potrebbe beneficiare di modalità innovative incentrate sull'interazione tra *team* assistenziali preparati e proattivi e pazienti informati e attivi secondo le indicazioni del *Chronic Care Model* (2). Per questa condizione risultano peraltro di fondamentale importanza gli interventi di prevenzione dell'abitudine al fumo di tabacco, soprattutto se multisettoriali e integrati con gli interventi curativi (3).

**Riferimenti bibliografici**

- (1) AHRQ quality indicators. Guide to prevention quality indicators: hospital admission for ambulatory care sensitive conditions [version 3.1]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2007 Mar 12. 59 p. (AHRQ Pub; no. 02-R0203).
- (2) Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001; 20: 64-78.
- (3) Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q*. 2003; 7 (1): 73-82.

## Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per Insufficienza Cardiaca senza procedure cardiache

**Significato.** L'insufficienza cardiaca è una condizione cronica che determina un elevato carico di malattia nella popolazione adulta e soprattutto anziana. Incluso tra i "Prevention Quality Indicators" dell'AHQR (*Agency for Healthcare Research and Quality*) (1), il tasso di ospedalizzazione senza procedure cardiache

per questa condizione "sensibile alle cure ambulatoriali" intende misurare la qualità dei servizi territoriali in termini di prevenzione e di cura presupponendo che, al migliorare di queste, diminuisca il ricorso all'ospedale.

### Tasso di dimissioni ospedaliere per Insufficienza Cardiaca senza procedure cardiache\*

Numeratore	Dimissioni di persone di 65 anni ed oltre per Insufficienza Cardiaca (ICD-9-CM 428.x, 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93) senza procedure cardiache (ICD-9-CM 35.xx-37.xx)	x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente di 65 anni ed oltre	

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

**Validità e limiti.** La riproducibilità e l'accuratezza della misurazione di questo indicatore, basato sul flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera, sono elevate. Se il miglioramento della qualità dei servizi territoriali può ridurre il rischio di ospedalizzazione (segnale), tale rischio è influenzato da altri determinanti non controllabili da parte del sistema sanitario o non associati alla qualità dei servizi territoriali (rumore), come le caratteristiche socio-economiche della popolazione, disomogenee a livello regionale, e i criteri di ammissione ospedaliera, che potrebbero determinare variazioni dei tassi di ospedalizzazione indipendentemente dalla qualità dei servizi territoriali. Da qui, le necessarie cautele nell'interpretazione e sull'opportunità di utilizzo di questo indicatore nel contesto di sistemi di valutazione che tengano conto anche dei processi assistenziali a livello territoriale. L'analisi si concentra sulla popolazione ultra 64enne poiché è in questa fascia d'età che si concentra la prevalenza della patologia e, quindi, l'indicatore ha valori significativi.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Come valore di riferimento si possono considerare i terzili dei tassi regionali. La mediana dei tassi standardizzati è 14,96 per 1.000, mentre quella della differenza tra i tassi standardizzati 2007-2005 è -0,35 per 1.000.

### Descrizione dei risultati

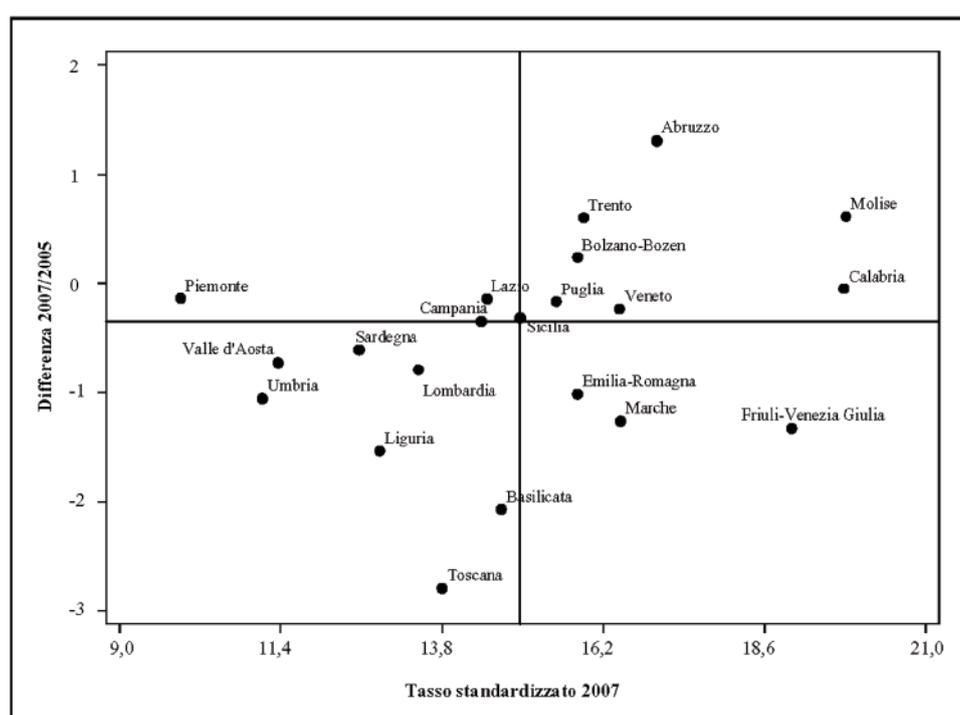
Il tasso standardizzato di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca senza procedure cardiache per l'anno 2007 varia da 9,91 ricoveri per 1.000 ultra 65enni residenti in Piemonte a 19,81 ricoveri per 1.000 ultra 65enni residenti in Molise: questa regione presenta, quindi, un tasso doppio rispetto al valore più basso (Tabella 1). I trend temporali sono in diminuzione per la maggior parte delle regioni con decrementi particolarmente significativi per la Basilicata e la Toscana. Distribuendo le regioni in quattro gruppi a seconda delle mediane dei tassi di ospedalizzazione per il 2007 e del trend temporale, definito come la differenza tra il 2007 ed il 2005, osserviamo regioni, come l'Umbria, con tassi di ospedalizzazione più bassi della mediana e trend temporale in ulteriore diminuzione e regioni, come il Molise, con tassi di ospedalizzazione più alti della mediana e trend in ulteriore aumento (Grafico 1).

**Tabella 1** - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per insufficienza cardiaca senza procedure cardiache (per 1.000) per regione - Anni 2005, 2007

Regioni	2005	Regioni	2007
Piemonte	10,05	Piemonte	9,91
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	12,09	Umbria	11,13
Umbria	12,19	Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	11,36
Sardegna	13,17	Sardegna	12,56
Lombardia	14,24	Liguria	12,88
Liguria	14,41	Lombardia	13,44
Lazio	14,61	Toscana	13,80
Campania	14,73	Campania	14,38
Sicilia	15,28	Lazio	14,47
Trento	15,31	Basilicata	14,69
Bolzano-Bozen	15,58	Sicilia	14,96
Puglia	15,68	Puglia	15,51
Abruzzo	15,70	Bolzano-Bozen	15,82
Toscana	16,59	Emilia-Romagna	15,82
Veneto	16,69	Trento	15,91
Basilicata	16,76	Veneto	16,45
Emilia-Romagna	16,84	Marche	16,47
Marche	17,73	Abruzzo	17,01
Molise	19,20	Friuli-Venezia Giulia	19,00
Calabria	19,83	Calabria	19,78
Friuli-Venezia Giulia	20,33	Molise	19,81
<b>Italia</b>	<b>15,21</b>	<b>Italia</b>	<b>14,53</b>

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

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

**Grafico 1** - Distribuzione regionale per livelli dei tassi standardizzati di dimissione ospedaliera per insufficienza cardiaca senza procedure cardiache (per 1.000) e trend temporali - Anno 2007

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. SDO. Anno 2009 - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2008.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

L'insufficienza cardiaca è una condizione cronica la cui gestione potrebbe beneficiare di modalità innovative incentrate sull'interazione tra *team* assistenziali preparati e proattivi e pazienti informati e attivi secondo le indicazioni del *Chronic Care Model* (2).

### **Riferimenti bibliografici**

- (1) AHRQ quality indicators. Guide to prevention quality indicators: hospital admission for ambulatory care sensitive conditions [version 3.1]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2007 Mar 12. 59 p. (AHRQ Pub; no. 02-R0203).
- (2) Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001; 20: 64-78.