

Assistenza territoriale

L'assistenza territoriale comprende una serie di servizi rivolti alla comunità che si svolgono in un contesto extra-ospedaliero. In essa si delineano le caratteristiche dell'assistenza primaria.

Il concetto di assistenza primaria è evoluto da un'area di offerta di servizi di primo livello ad un complesso sistema organizzativo caratterizzato non solo dalla fornitura di servizi, ma anche da capacità di presa in carico e di garanzia della continuità assistenziale.

Nel 1920 si parla per la prima volta di *Primary Care* (PC), focalizzando l'attenzione, esclusivamente, sulla erogazione dei servizi sanitari, prevista in centri (sedi di erogazione) di assistenza primaria (1).

Tra la fine del 1960 e gli inizi del 1970 si delinea il concetto di *Primary Health Care* (PHC), ponendo attenzione non solo ad aspetti di offerta dei servizi, ma anche a quelli organizzativi, soprattutto riguardanti l'integrazione tra attori professionali e assistiti.

Tale approccio innovativo si sviluppa, ulteriormente, grazie al lavoro di Halfdan Mahler che culmina nella Dichiarazione Universale di Alma-Ata del 1978 nella quale viene esplicitato il modello concettuale di assistenza primaria basato sui seguenti principi: accessibilità ed equità dei servizi offerti, centralità dei bisogni delle popolazioni, utilizzo "cost effective" ed appropriato delle tecnologie e dei servizi sanitari, integrazione dei diversi livelli di assistenza (primaria, secondaria e terziaria), coinvolgimento dell'assistito e della comunità nei progetti assistenziali e collaborazione con altri settori in cui originano determinanti di salute. Nello stesso anno, l'*Institute Of Medicine* (IOM), nel report "A Manpower Policy for Primary Health Care: Report of a Study", individua 5 funzioni proprie di un sistema di assistenza primaria: accessibilità all'assistenza (*accessibility*), esaustività nella risposta offerta ai bisogni di primo livello emersi nella popolazione assistita (*comprehensiveness*), coordinamento tra i diversi attori del sistema (*coordination*), continuità temporale dell'assistenza (*continuity/longitudinality*), rendicontazione periodica da parte degli operatori sui processi e sui risultati dell'assistenza fornita per il miglioramento continuo delle competenze in campo e dei servizi offerti e corretta informazione agli assistiti per permettere loro di effettuare scelte informate (*accountability*).

Di questi 5 principi solo i primi 4 vengono considerati essenziali da Barbara Starfield, in quanto l'*accountability* è ritenuta una caratteristica basilare di tutto il sistema sanitario e non solo dell'assistenza primaria (2).

Il concetto di PHC oggi si interpreta, pertanto, in maniera più estesa rispetto all'accezione che intende rappresentare l'offerta di servizi assistenziali di primo livello svolti da diversi professionisti in varie sedi, dal domicilio alle residenze ed all'ambulatorio (PC). Infatti, esso include anche gli aspetti di presidio delle dimensioni organizzative e relazionali che interessano le strategie di indirizzo (*policy*), la managerialità per la promozione dell'integrazione tra i servizi sanitari e non sanitari che contribuiscono a determinare le condizioni di salute, la *governance* degli operatori e l'autodeterminazione degli assistiti e dei *caregiver* all'interno di un complesso sistema adattativo.

Evidenze scientifiche dimostrano che i Paesi che basano l'allocazione delle risorse sui bisogni di salute piuttosto che sulla domanda, mettendo in atto un'assistenza centrata sulla persona e non su singoli episodi di trattamento, attuando logiche e strumenti di assistenza primaria presentano migliori *outcome* di salute, minore disparità in termini sanitari e minori costi complessivi per la sanità.

In accordo con tali evidenze, la Carta di Tallinn "Health Systems, Health and Wealth", sottoscritta dai governi di tutti i Paesi della Regione Europea nel 2008, sottolinea come il modello concettuale della PHC sia necessario non solo per i Paesi in via di sviluppo, ma anche per i Paesi sviluppati; a conferma di ciò, nel rapporto "Primary health care, including health system strengthening" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del 2009, si evidenzia come sia necessario, nonché urgente, garantire un impegno politico verso i valori e i principi espressi nella Dichiarazione di Alma-Ata, rafforzando in tutti i sistemi sanitari un approccio di PHC.

Un sistema di assistenza primaria centrato sull'assistito necessita la chiara definizione di macro-target già illustrata nei precedenti volumi del Rapporto Osservasalute (3):

- 1) *persona sana o apparentemente sana*: prevede interventi di prevenzione eziologico-ambientale;
- 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*: seguito utilizzando un insieme di principi e metodologie integrate, basato sulle evidenze, tipo *Chronic Care Model*;
- 4) *paziente non autosufficiente* (4) e/o *fragile* (5).

Pertanto, i *core indicator* rappresentati all'interno del presente capitolo focalizzano l'attenzione su alcuni dei suddetti target. In particolare, per quanto riguarda il paziente non autosufficiente e/o fragile, vengono presentati: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), presidi e posti letto residenziali per *long-term care* e ospiti nei presidi residenziali per *long-term care*. Per quanto riguarda il 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.

In questa edizione viene presentato anche un *Box* sulla nuova indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) riguardante i presidi socio-assistenziali e socio-sanitari.

Riferimenti bibliografici

- (1) Frenk J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. *Lancet*, 2009; 374:170-73.
- (2) Starfield B. Measuring the attainment of Primary Care. *Journal of Medical Education*, vol. 54, May 1979.
- (3) Damiani G et al. Assistenza Territoriale. Rapporto Osservasalute 2008. Milano: Edizioni Prex.
- (4) Fried LP et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology: medical sciences*. 2001, Vol. 56A, No. 3, M146-M156.
- (5) Katz S et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, Vol. 185, No. 12, Sept 21, 1963.

Assistenza Domiciliare Integrata

Significato. Nell'attuale contesto sanitario il radicale cambiamento dello stato generale di salute, caratterizzato dall'incremento nella prevalenza delle patologie croniche e della disabilità, sta rendendo necessari nuovi percorsi assistenziali più prossimi al cittadino: basti pensare che, secondo recenti dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), il numero di persone non autosufficienti, in Italia, è pari a 2 milioni e 609 mila di cui quasi la metà (44%) ha un'età >80 anni.

Ciò, giustifica la necessità di progettare un approccio multidisciplinare al paziente attraverso meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali; tali meccanismi dovrebbero garantire efficacia della continuità delle cure, pur non potendo prescindere da un'appropriata riorganizzazione del sistema di finanziamento delle cure stesse.

In tale ambito, tutti i più recenti documenti di programmazione nazionale (Piano Sanitario Nazionale 2006-2008) e regionale, pongono l'accento su 2 aspetti correlati: la riorganizzazione delle cure primarie e l'integrazione tra i diversi livelli di assistenza. Il primo aspetto è volto al superamento di un'assistenza primaria, prevalentemente, erogata dal Medico di Medicina Generale (MMG) in "solo", mentre il secondo ha lo scopo di pianificare percorsi clinico-assistenziali condivisi tra territorio ed ospedale.

In tale ottica, l'organizzazione transdisciplinare raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per contesti di complessità problematica, presenta peculiari aspetti nell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Tale modalità assistenziale, andata diffondendosi, seppur in maniera disomogenea, su tutto il territorio nazionale, è rivolta a soggetti in condizione di ridotta o completa non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta, o specificamente affetti da patologie croniche a medio-lungo termine o da patologie acute trattabili a domicilio. L'ADI risulta,

inoltre, rivolta anche a pazienti oncologici in fase critica e/o terminale.

I diversi profili assistenziali dell'ADI 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 ed assistenza socio-sanitaria personalizzato e multiprofessionale.

La situazione più frequente sul territorio nazionale e più facilmente riproducibile, è quella che prevede l'intervento dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) quale fornitore di infermieri e di altri professionisti sanitari per l'assistenza a domicilio e di medici specialisti, il coinvolgimento del MMG e di un gruppo di volontariato organizzato. I percorsi assistenziali, seppur molto variegati tra loro, sono caratterizzati dalla soddisfazione di alcuni requisiti di eleggibilità all'assistenza domiciliare. Tali criteri ricomprendono: ridotta autosufficienza, complessità clinica tale da richiedere un'assistenza multidisciplinare, idoneità delle condizioni socio-ambientali dell'assistito (supporto familiare, alloggio idoneo) ed erogazione di cure che non impongano il ricovero ospedaliero.

È ormai ampiamente condiviso che, il successo dei servizi per la cura della fragilità, non può prescindere da precisi requisiti di qualità e che tale approccio deve tener conto delle risorse a disposizione e dei costi previsti. In un'ottica di miglioramento continuo dei servizi prestati, sarà sempre più importante, attraverso l'introduzione di sistemi di contabilità analitica, considerare anche l'impatto economico delle decisioni di cura e di assistenza.

Solo la rilevazione sistematica di indicatori di qualità assistenziale permetterà di effettuare confronti all'interno dello stesso servizio e fra servizi diversi, generando una più diretta responsabilità dei singoli professionisti e lo sviluppo di forme di confronto, reciproco scambio di informazioni, collaborazione ed apprendimento tra gli attori del sistema.

Tasso di assistibili in Assistenza Domiciliare Integrata

Numeratore	Assistibili che hanno iniziato il trattamento di assistenza domiciliare	
	_____	x 100.000
Denominatore	Popolazione media residente	

Tasso di assistibili anziani in Assistenza Domiciliare Integrata

Numeratore	Assistibili di età >65 anni che hanno iniziato il trattamento di assistenza domiciliare	
	_____	x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente di età >65 anni	

Tasso di assistibili in Assistenza Domiciliare Integrata in fase terminale

Numeratore	Assistibili in fase terminale che hanno iniziato il trattamento di assistenza domiciliare	x 100.000
Denominatore	Popolazione media residente	

Tasso di dimissioni ospedaliere*

Numeratore	Dimissioni ospedaliere	x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente	

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

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 (DM 5 dicembre 2006) e dall'Istat. Trattandosi di indicatori di attività, non è possibile una esaustiva riflessione sulla qualità dell'ADI erogata dalle ASL nè sulla tipologia dei casi trattati, in ragione della difficoltà collegata alla valutazione dell'*outcome* finale. La mancanza di un sistema di classificazione omogeneo e condiviso a livello nazionale 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

A livello nazionale, nel corso del 2008, sono stati assistiti al proprio domicilio 497.268 pazienti. Il numero di pazienti trattati in ADI è in continua crescita, attestandosi ad un valore pari a 834 casi per 100.000 abitanti, con un lieve incremento del 4,3% rispetto al 2007 (l'incremento dell'anno precedente, rispetto al 2006, era stato del 13,7%) (Grafico 1). Permane, anche dal confronto con gli anni precedenti, una notevole variabilità dell'indicatore legata alla disomogeneità regionale: si va, infatti, da un tasso minimo di 85 ADI per 100.000 abitanti della Provincia Autonoma di Bolzano ad un valore massimo di 1.944 ADI del Friuli Venezia Giulia. Un'analisi temporale del tasso di ospedalizzazione conferma la tendenza alla riduzione del ricovero ospedaliero ed un corrispettivo aumento del numero di pazienti assistibili in ADI; per esempio, per la Provincia Autonoma di Bolzano, si è passati da 48

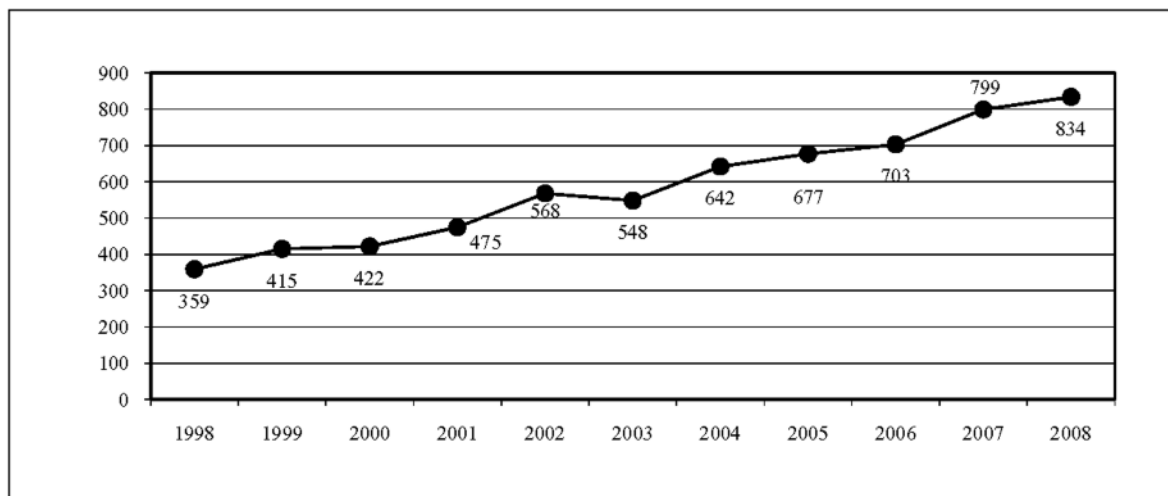
assistibili in ADI nel 2004 a 139 assistibili in ADI nel 2007 per 100.000 abitanti, con un tasso standardizzato di ospedalizzazione di 211,0‰ nel 2004 e di 199,0‰ nel 2008. Per il Friuli Venezia Giulia, invece, il numero di assistibili in ADI è passato da 2.161 nel 2004 a 2.050 assistibili nel 2007 per 100.000 abitanti, con un tasso standardizzato di ospedalizzazione passato da 155,2‰ nel 2004 a 148,5‰ nel 2008 (Tabella 1).

Tale disomogeneità emerge anche accorpando i dati per macroaree: si passa, infatti, da un valore di 1.086 ADI per 100.000 abitanti nelle regioni settentrionali, ad un tasso di 915 e 451 ADI per 100.000 abitanti delle regioni del Centro e del Sud. Tali valori sono di poco aumentati rispetto all'anno precedente (868 e 423 ADI per 100.000 abitanti, rispettivamente, al Centro ed al Sud) (Grafico 2).

Globalmente, la percentuale di ADI erogata a soggetti anziani, è stata pari all'80,7% del totale, valore in linea con il dato del 2007 ed in lieve diminuzione rispetto ai dati del 2005 e 2006 (84,2% e 84,8% rispettivamente). A livello regionale, il Molise presenta il valore più basso (48,0%) di anziani assistibili in ADI, mentre la Liguria (91,9%) ed il Friuli Venezia Giulia (87,7%) registrano i valori più elevati (Tabella 2).

Una notevole variabilità è presente nel numero di anziani trattati in ADI riferito alla stessa popolazione anziana residente: si passa, infatti, da 4,5 casi per 1.000 abitanti di età >65 anni in Valle d'Aosta a 74,0 casi in Friuli Venezia Giulia. Il dato nazionale, pari a 33,6 casi trattati, è in diminuzione rispetto al 2007 (34,3 casi).

La percentuale di ADI erogata a soggetti in fase terminale è, complessivamente, pari a 9,5%, confermando un trend di crescita rispetto all'anno 2007 (8,8%). I valori regionali variano da 2,5% (Friuli Venezia Giulia) a 43,5% (Provincia Autonoma di Trento) (Tabella 2).

Grafico 1 - Tassi (per 100.000) di assistibili trattati in ADI - Anni 1998-2008

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2010.

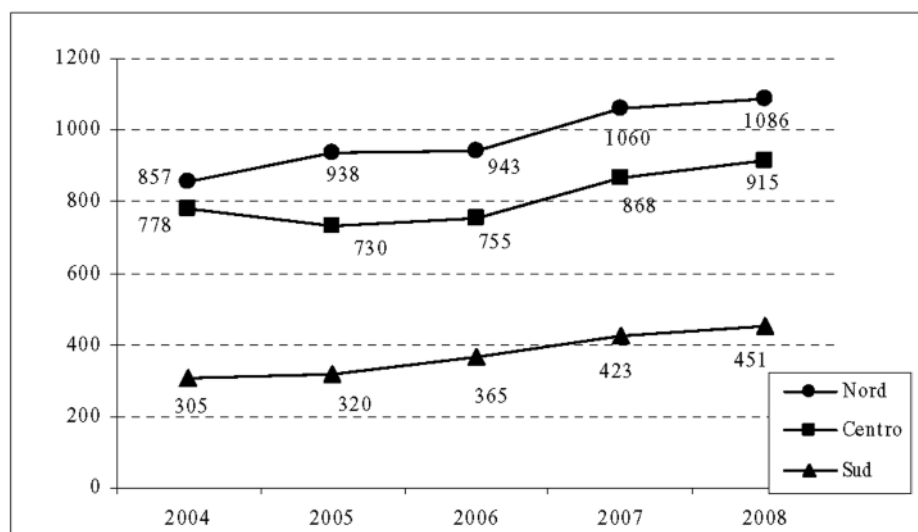
Tabella 1 - Numero di assistibili trattati in ADI e tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) da istituti pubblici e privati accreditati, per regione - Anni 2004-2008

Regioni	2004		2005		2006		2007		2008	
	Assistibili trattati in ADI	Tassi std di ospedalizzazione ‰	Assistibili trattati in ADI	Tassi std di ospedalizzazione ‰	Assistibili trattati in ADI	Tassi std di ospedalizzazione ‰	Assistibili trattati in ADI	Tassi std di ospedalizzazione ‰	Assistibili trattati in ADI	Tassi std di ospedalizzazione ‰
Piemonte	516	173,4	506	171,4	458	171,2	555	168,8	564	167,8
Valle d'Aosta	45	182,9	33	180,8	53	180,5	117	186,0	136	185,3
Lombardia	765	203,9	726	200,9	806	197,4	846	179,7	946	175,1
Bolzano-Bozen	48	211,0	58	207,6	74	204,3	139	205,5	85	199,0
Trento	210	185,9	300	181,5	311	180,6	341	179,1	354	176,0
Veneto	990	182,1	1.256	176,4	1.147	169,8	1.528	160,8	1.442	153,8
Friuli Venezia Giulia	2.161	155,2	2.200	152,8	2.159	151,2	2.050	149,6	1.944	148,5
Liguria	340	227,1	867	223,8	861	212,1	921	207,0	942	205,6
Emilia-Romagna	1.284	181,2	1.376	174,7	1.405	171,2	1.521	168,9	1.612	166,0
Toscana	724	165,2	592	161,6	554	158,1	604	154,1	579	151,3
Umbria	691	189,6	1.184	180,7	1.135	176,5	1.230	176,2	1.522	172,7
Marche	666	180,1	896	176,1	952	175,3	1.028	173,2	1.102	171,4
Lazio	863	240,3	702	247,0	773	227,8	938	204,2	998	198,0
Abruzzo	928	266,9	431	263,1	865	252,2	964	217,5	1.108	199,9
Molise	2.167	233,9	1.490	236,6	2.098	235,1	1.806	228,6	1.550	211,6
Campania	204	238,5	232	240,1	204	238,9	305	232,9	336	231,8
Puglia	259	213,0	403	215,9	333	220,6	340	220,4	410	216,3
Basilicata	959	210,5	927	203,3	991	205,4	1.145	195,7	1.052	192,8
Calabria	240	233,8	343	228,9	562	231,0	652	217,9	585	214,5
Sicilia	172	270,5	187	260,5	213	263,4	254	241,8	231	218,3
Sardegna	166	231,7	262	226,0	271	203,2	314	197,2	507	189,3
Nord	857	n.d.	938	n.d.	943	n.d.	1.060	n.d.	1.086	n.d.
Centro	778	n.d.	730	n.d.	755	n.d.	868	n.d.	915	n.d.
Sud ed Isole	305	n.d.	320	n.d.	365	n.d.	423	n.d.	451	n.d.
Italia	645	210,5	679	207,8	703	203,6	799	193,1	834	187,3

n.d. = non disponibile.

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

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2010.

Grafico 2 - Tassi (per 100.000) di assistibili trattati in ADI per macroarea - Anni 2004-2008

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2010.

Tabella 2 - Assistibili trattati in ADI (per 100 e tassi per 1.000 residenti di 65 anni ed oltre) per regione e tipologia di assistenza - Anni 2007-2008

Regioni	2007			2008		
	ADI rivolte ad anziani %	Tassi di assistibili anziani (per 1.000 residenti >65 anni)	ADI rivolte a pazienti terminali %	ADI rivolte ad anziani %	Tassi di assistibili anziani (per 1.000 residenti >65 anni)	ADI rivolte a pazienti terminali %
Piemonte	71,8	18,5	16,9	77,3	19,2	17,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	53,1	3,2	27,2	67,8	4,5	25,7
Lombardia	84,8	38,5	9,2	84,2	40,1	7,7
Bolzano-Bozen	66,2	5,8	*	*	*	*
Trento	56,0	10,7	39,7	55,8	10,4	43,5
Veneto	81,0	67,5	6,4	82,2	60,7	7,1
Friuli Venezia Giulia	81,1	76,8	2,4	87,7	74,0	2,5
Liguria	93,5	33,9	3,6	91,9	32,3	5,3
Emilia-Romagna	85,0	59,9	8,5	85,4	60,8	8,3
Toscana	81,4	22,2	13,0	81,1	20,2	15,6
Umbria	81,5	45,2	3,7	77,5	50,8	8,9
Marche	84,9	40,6	10,2	84,4	41,4	12,2
Lazio	79,7	40,7	5,3	68,9	35,1	6,3
Abruzzo	80,7	38,2	8,0	80,8	42,1	11,8
Molise	45,4	38,9	4,3	48,0	34,0	5,7
Campania	82,9	17,2	11,3	81,5	17,5	10,7
Puglia	83,3	17,0	7,1	80,8	18,6	10,7
Basilicata	75,6	45,2	18,6	76,4	40,1	22,6
Calabria	77,9	28,9	13,3	81,0	25,6	10,8
Sicilia	72,4	10,7	19,3	74,7	9,5	22,8
Sardegna	68,4	12,6	14,5	74,6	20,6	17,6
Italia	81,2	34,3	8,8	80,7	33,6	9,5

*Valore inferiore a 0,5.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dell'attività di ADI, relativa all'anno 2008, ha confermato una progressiva espansione nei modelli organizzativi delle cure primarie.

Permane, tuttavia, un'evidente disomogeneità tra le varie regioni con notevoli differenze tra Nord e Sud. La variabilità delle diverse condizioni locali e la complessità organizzativa e gestionale in cui ci si trova ad operare impongono un impegno continuo delle Aziende Sanitarie finalizzato alla qualità dei servizi per la protezione della fragilità.

In tale scenario, l'aggiornamento del flusso informativo mediante il DM 5 dicembre 2006, ha permesso l'introduzione di nuovi indicatori che consentono una visione più completa del complesso fenomeno dell'ADI. 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 nelle diverse regioni, in particolare per l'assenza di una definizione esplicita delle attività incluse ed escluse da tale modalità assistenziale all'interno del DPCM sui Livelli Essenziali di Assistenza. 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 del-

l'assistito, la sua valutazione multidimensionale, la definizione del piano/progetto/programma di assistenza individuale, la responsabilità clinica in capo a MMG, Pediatri di Libera Scelta o al medico competente 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. La disabilità in Italia. Il quadro della statistica ufficiale. Aprile 2010.

(2) Cure palliative in medicina generale. Aspetti etici, relazionali, clinici, organizzativi delle cure palliative domiciliari. Cancian M, LoraAprile P. Pacini editore Medicina 2005; p.191-192.

(3) SDA Bocconi. Progetto Benchmarking nel servizio di Assistenza Domiciliare Integrata. Rapporto di ricerca 2002.

(4) Ancona A. Le cure primarie: una priorità per il servizio sanitario. Monitor 2008; 20: 3-5.

(5) 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.

(6) Ministero della Salute. Progetto Mattoni SSN. Assistenza primaria e prestazioni domiciliari "Relazione Finale".

(7) Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere. Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. 1998-2007.

(8) 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'*Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD) i presidi residenziali per *long-term care* (Itc) 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*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100.000$$

Presidi residenziali per *long-term care*
Popolazione media residente

Tasso di posti letto per *long-term care*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100.000$$

Posti letto per *long-term care*
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, un problema nel confronto del dato a livello regionale in quanto, gli indicatori, non tengono in considerazione la presenza di eventuali differenziali regionali dovuti alle diverse strutture per età della popolazione. Inoltre, tali indicatori non sono confrontabili con analoghi indicatori OECD (1), che prendono in considerazione la sola popolazione anziana ed esclusivamente i posti letto ospedalieri di lungodegenza e le RSA rilevate dal Ministero della Salute.

I dati provengono dalla rilevazione dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) sui presidi residenziali socio-assistenziali. Il tasso di risposta per la rilevazione si attesta intorno al 76%.

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 dei singoli Paesi.

Ai fini di una rappresentazione il più possibile rispondente alla definizione di Itc, 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 Itc ammontano a 7.577 unità per un totale di circa 308 mila posti letto.

Il tasso complessivo relativo ai presidi residenziali, pari a 12,86 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 in Valle d'Aosta, Emilia-Romagna e Liguria (valori al di sopra di 25 strutture ogni 100.000). Tra le regioni del Centro e del Sud solo Marche, Lazio e Molise presentano un valore superiore alla media nazionale (Tabella 1).

Tale gradiente appare ancora più evidente considerando l'offerta in termini di posti letto per Itc. Tutte le regioni del Nord presentano un tasso di posti letto per 100.000 abitanti più elevato della media nazionale (522 per 100.000), mentre al Centro-Sud solo Marche e Molise superano tale valore (Tabella 2).

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. Si può osservare come le RSA si concentrino in alcune regioni, quali Toscana, Valle d'Aosta, Lombardia e PA di Trento e Trentino, con qualche eccezione, un tasso anche molto al di sotto della media nazionale nelle altre regioni.

Tabella 1 - Tassi (per 100.000) di presidi residenziali per long-term care, per regione e tipologia di struttura - Anno 2006

Regioni	Comunità familiare, Comunità socio-riabilitativa, Comunità alloggio	Residenza assistenziale per anziani autosufficienti	Residenza socio-sanitaria per anziani	RSA	Altro	Totale
Piemonte	5,24	10,90	5,22	1,73	0,46	23,55
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,61	2,41	19,29	6,43	0,80	30,55
Lombardia	3,13	0,43	0,21	5,73	0,25	9,76
Bolzano-Bozen	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Trento	14,85	0,10	0,00	5,66	0,00	20,61
Veneto	4,96	1,58	4,94	1,22	0,32	13,02
Friuli Venezia Giulia	6,44	8,01	6,20	2,15	0,00	22,80
Liguria	9,57	1,43	10,32	2,86	1,06	25,23
Emilia-Romagna	8,58	7,01	8,39	1,57	0,00	25,56
Toscana	2,12	2,73	0,88	6,48	0,28	12,48
Umbria	2,87	2,53	3,45	1,49	0,23	10,57
Marche	5,35	3,92	5,02	2,41	2,41	19,12
Lazio	9,46	4,69	0,06	1,11	0,04	15,35
Abruzzo	2,83	2,22	2,37	1,45	0,38	9,25
Molise	6,86	2,50	5,30	0,31	0,94	15,91
Campania	1,85	1,59	0,19	0,43	0,24	4,30
Puglia	1,33	1,89	1,42	0,10	0,20	4,94
Basilicata	3,21	2,19	1,18	0,00	0,00	6,58
Calabria	2,30	1,25	0,65	0,95	0,45	5,60
Sicilia	3,19	2,07	1,26	0,32	0,48	7,32
Sardegna	7,36	1,93	0,90	1,21	0,54	11,95
Italia	4,69	3,09	2,47	2,26	0,34	12,86

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Istat. Indagine "Presidi residenziali socio-assistenziali". Anno 2010.

Tabella 2 - Tassi (per 100.000) di posti letto per long-term care, per regione e tipologia di struttura - Anno 2006

Regioni	Comunità familiare, Comunità socio-riabilitativa, Comunità alloggio	Residenza assistenziale per anziani autosufficienti	Residenza socio-sanitaria per anziani	RSA	Altro	Totale
Piemonte	70,60	565,18	323,26	115,24	29,70	1103,98
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	18,49	28,94	561,92	204,99	20,90	835,24
Lombardia	63,92	13,41	13,29	527,05	4,76	622,43
Bolzano-Bozen	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Trento	178,30	1,62	0,00	478,42	0,00	658,34
Veneto	49,39	153,53	492,37	105,26	14,00	814,56
Friuli Venezia Giulia	94,92	268,25	580,70	63,37	0,00	1007,24
Liguria	132,88	47,61	582,35	151,46	18,65	932,94
Emilia-Romagna	86,46	202,93	431,94	54,03	0,00	775,36
Toscana	33,31	67,04	36,73	303,03	4,99	445,10
Umbria	52,39	59,40	175,89	78,01	5,97	371,66
Marche	41,37	159,68	266,04	77,33	41,11	585,53
Lazio	125,54	182,16	2,78	83,96	0,41	394,85
Abruzzo	83,97	90,40	152,35	97,89	19,04	443,65
Molise	196,57	48,36	292,99	4,68	9,98	552,59
Campania	33,12	68,54	7,17	19,89	10,17	138,90
Puglia	20,00	73,13	75,83	4,25	11,60	184,81
Basilicata	58,71	64,45	36,11	0,00	0,00	159,27
Calabria	45,32	25,73	32,58	37,73	11,64	153,01
Sicilia	58,66	73,43	55,25	17,20	23,86	228,40
Sardegna	150,16	71,91	43,86	65,76	36,32	368,01
Italia	68,59	127,30	155,89	158,34	11,87	522,00

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Istat. Indagine "Presidi residenziali socio-assistenziali". Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

Una valutazione corretta dell'indicatore proposto ai fini della programmazione e della valutazione dei servizi di ltc non dovrebbe prescindere dalla considerazione, per ogni singola regione, sia della domanda di residenzialità che dell'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 in passato sottolineato nell'ambito dei Rapporti Osservasalute, 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 2007: OECD Indicators (www.oecd.org).
- (2) Ministero della Salute. 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'*Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD), 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 <i>long-term care</i>	
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 <i>long-term care</i>	
Denominatore	Popolazione media residente della stessa classe di età	x 100.000

Validità e limiti. Nell'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica (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 delle disabilità descritte 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 indicatori analoghi dell'OECD (1) in quanto, i criteri di selezione utilizzati per il calcolo di questo indicatore e appena descritti, sono sicuramente più ampi rispetto a quelli utilizzati dall'OECD che considerano la sola popolazione anziana.

Gli scostamenti nel numero di ospiti assistiti 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 alla rilevazione si attesta intorno al 76%.

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 6.109 per i minori, quasi 37.000 per gli adulti e circa 224 mila per gli anziani. Di questi 267.109 ospiti, più di 181 mila (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 60,70 ogni 100.000 residenti minori (Tabella 1). Le regioni che si discostano dal gradiente Nord-Sud, per questa tipologia di utenza, sono il Lazio, il Molise e la Sicilia con tassi al di sopra di 90,00 per 100.000 abitanti. Il gradiente non è confermato se si considerano gli ospiti minori con disabilità: i tassi risultano significativamente più elevati della media in Piemonte, Umbria, Liguria e Lazio. 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 la Provincia Autonoma di Trento, il Molise e la Liguria. Ancora più marcate appaiono le differenze territoriali per quanto riguarda gli ospiti anziani che rappresentano circa l'84% del totale degli ospiti considerati (Tabella 2). In Italia sono

1.914 gli anziani istituzionalizzati ogni 100.000 anziani, con un chiaro gradiente Nord-Sud sia per il

totale degli ospiti che per quelli non autosufficienti (con la parziale eccezione delle Marche).

Tabella 1 - Tassi (per 100.000 abitanti della stessa età) di ospiti minori ed adulti dei presidi residenziali per long-term care, per regione e presenza di disabilità - Anno 2006

Regioni	Minori			Adulti		
	Con disabilità	Senza disabilità	Totale	Con disabilità	Senza disabilità	Totale
Piemonte	22,47	32,94	55,41	114,46	75,82	190,28
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	0,00	0,00	47,83	25,18	73,01
Lombardia	7,79	69,88	77,67	41,88	62,96	104,83
Bolzano-Bozen	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>
Trento	3,26	53,26	56,52	155,79	140,68	296,47
Veneto	10,37	49,44	59,81	73,74	74,27	148,01
Friuli Venezia Giulia	1,14	64,59	65,73	76,39	59,56	135,95
Liguria	12,07	77,98	90,05	129,88	89,90	219,78
Emilia-Romagna	9,73	71,49	81,23	31,80	77,71	109,52
Toscana	4,70	34,60	39,30	46,97	43,95	90,93
Umbria	16,69	9,86	26,55	58,63	39,40	98,02
Marche	1,65	27,59	29,23	84,05	33,28	117,33
Lazio	10,59	85,70	96,29	42,09	34,99	77,08
Abruzzo	7,47	8,40	15,87	82,99	21,12	104,11
Molise	1,90	92,99	94,89	96,82	135,34	232,16
Campania	5,01	44,37	49,38	19,09	24,94	44,04
Puglia	0,38	18,90	19,29	23,58	10,66	34,24
Basilicata	0,00	49,96	49,96	33,11	22,53	55,64
Calabria	0,00	26,40	26,40	13,47	24,55	38,02
Sicilia	7,83	84,47	92,30	57,46	17,46	74,92
Sardegna	3,41	32,22	35,64	49,60	24,39	74,00
Italia	7,52	53,17	60,70	52,52	47,17	99,69

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Istat. Indagine "Presidi residenziali socio-assistenziali". Anno 2010.

Tabella 2 - Tassi (per 100.000 abitanti della stessa età) di ospiti anziani dei presidi residenziali per long-term care, per regione e presenza di autosufficienza - Anno 2006

Regioni	Autosufficienti	Non autosufficienti	Totale
Piemonte	1.480,16	2.312,09	3.792,25
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	439,13	3.378,57	3.817,70
Lombardia	214,31	2.390,66	2.604,97
Bolzano-Bozen	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>
Trento	270,48	4.428,63	4.699,11
Veneto	678,76	2.674,53	3.353,29
Friuli Venezia Giulia	735,53	2.545,61	3.281,14
Liguria	894,75	1.626,90	2.521,65
Emilia-Romagna	508,50	1.945,84	2.454,33
Toscana	448,87	970,66	1.419,53
Umbria	239,89	810,79	1.050,68
Marche	507,40	1.345,93	1.853,33
Lazio	682,51	496,64	1.179,15
Abruzzo	517,17	938,59	1.455,76
Molise	616,89	764,38	1.381,27
Campania	317,84	109,91	427,75
Puglia	354,68	384,73	739,41
Basilicata	263,96	176,82	440,78
Calabria	219,43	208,01	427,44
Sicilia	362,27	280,94	643,21
Sardegna	627,64	664,58	1.292,21
Italia	533,91	1.380,10	1.914,01

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Istat. Indagine "Presidi residenziali socio-assistenziali". Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

La quota di soggetti istituzionalizzati dipende, innanzitutto, dall'offerta di posti letto per ltc. 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 e 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 propen-

sione al ricorso alla istituzionalizzazione. Più complessa risulta la lettura del dato relativo agli ospiti minori ed 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/OECD 2005: OECD Indicators (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) ed è 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 (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. Tra i *Prevention Quality Indicators* (PQI) dell'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) il tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per CLTD consente di valutare, indirettamente, l'appropriatezza della gestione territoriale del diabete.

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

Numeratore	Dimissioni di persone di 18 anni ed oltre per Complicanze a Lungo Termine del Diabete mellito (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. La riproducibilità e l'accuratezza della misurazione di questo indicatore, basato sul flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), sono elevate. La standardizzazione per età aggiusta le differenti strutture delle popolazioni. Il principale limite è un sub-ottimale rapporto segnale/rumore. Infatti, 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, ed i criteri di ammissione ospedaliera che potrebbero determinare variazioni dei tassi di ospedalizzazione indipendentemente dalla qualità dei servizi territoriali. Un secondo limite è la dipendenza del valore del tasso dalla prevalenza età-specifica della patologia che può variare da regione a regione. Tuttavia, si può considerare scarsa la variabilità nell'arco di un biennio della prevalenza di questa patologia cronica, per cui il commento dei trend può in prima approssimazione prescindere da questo limite.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori nazionali medio e mediano tra le 21 unità di osservazione del 2008 sono, rispettivamente, di 0,42 e di 0,35 ricoveri ogni 1.000 residenti di 18 anni ed oltre. Il valore prescelto, come benchmark per le variazioni 2006/2008, è lo 0 che separa le unità di osservazione in aumento da quelle in diminuzione.

Descrizione dei risultati

Il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per CLTD per l'anno 2008 varia da 0,15 per 1.000 nelle Marche al valore quasi 5 volte maggiore di 0,84 per 1.000 nella Provincia Autonoma di Bolzano ed in Puglia (Tabella 1). Gli autori hanno stimato la prevalenza standardizzata di diabete mellito nei maggiorenni dall'Indagine Multiscopo del 2008 su tutte le unità di osservazione escluse le Province Autonome di Trento e di Bolzano e la Valle d'Aosta (dati non riportati), rilevando valori variabili dal 3% all'8%, con un chiaro gradiente Nord-Sud. Applicando un modello di regressione lineare è stato stimato che, la variabilità nella prevalenza, spieghi il 36% della variabilità tra i tassi di ospedalizzazione nello stesso anno.

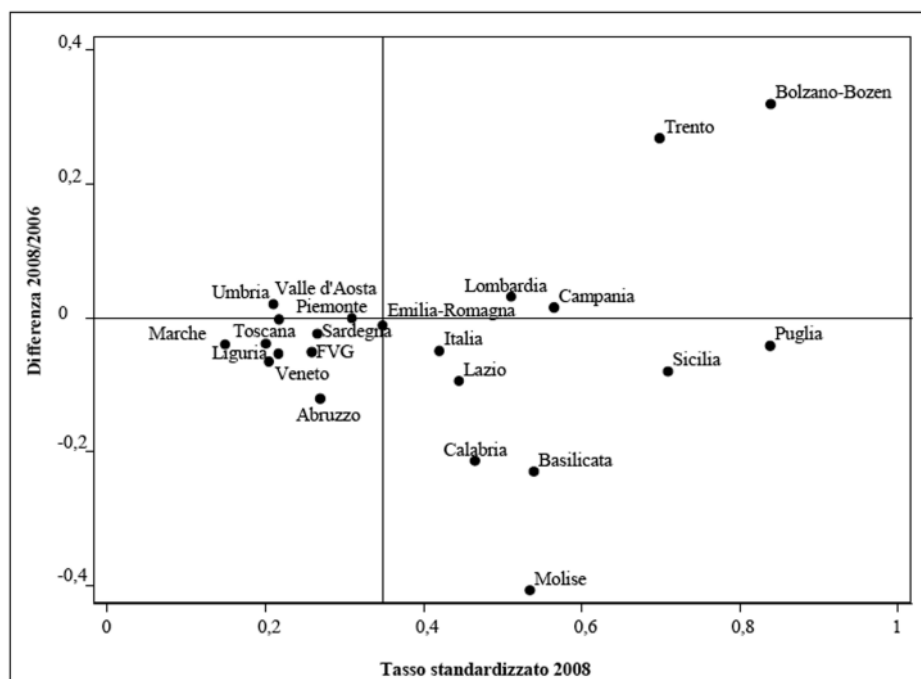
I trend dal 2006 sono, sostanzialmente, in diminuzione in tutte le unità di osservazione, tranne nelle Province Autonome di Bolzano e Trento. In particolare, osservando il Grafico 1 si nota che, le regioni con basso tasso di ospedalizzazione, restano sostanzialmente stabili, mentre quelle con tasso più alto della mediana si dividono in un gruppo con tasso in diminuzione (Calabria, Basilicata e Molise), in un gruppo con tasso sostanzialmente stabile (Lazio, Sicilia, Puglia, Campania e Lombardia) ed in un gruppo con tasso in aumento (Province Autonome di Trento e Bolzano).

Tabella 1 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili (per 1.000 residenti adulti) per CLTD, per regione - Anni 2006, 2008

Regioni	2006	Regioni	2008
Marche	0,19	Marche	0,15
Umbria	0,19	Toscana	0,20
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,22	Veneto	0,20
Toscana	0,24	Umbria	0,21
Veneto	0,27	Liguria	0,22
Liguria	0,27	Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,22
Sardegna	0,29	Friuli Venezia Giulia	0,26
Friuli Venezia Giulia	0,31	Sardegna	0,27
Piemonte	0,31	Abruzzo	0,27
Emilia-Romagna	0,36	Piemonte	0,31
Abruzzo	0,39	Emilia-Romagna	0,35
Trento	0,43	Lazio	0,45
Lombardia	0,48	Calabria	0,47
Bolzano-Bozen	0,52	Lombardia	0,51
Lazio	0,54	Molise	0,53
Campania	0,55	Basilicata	0,54
Calabria	0,68	Campania	0,57
Basilicata	0,77	Trento	0,70
Sicilia	0,79	Sicilia	0,71
Puglia	0,88	Puglia	0,84
Molise	0,94	Bolzano-Bozen	0,84
Italia	0,47	Italia	0,42

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

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. www.demo.istat.it per la popolazione. Anno 2010.

Grafico 1 - Distribuzione regionale per livelli dei tassi di ospedalizzazione (per 1.000 residenti adulti) per CLTD e trend temporali - Anno 2008

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. www.demo.istat.it per la popolazione. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il valore dell'indicatore mostra una persistente variabilità spiegata, in parte, con le differenze di prevalenza e con una tendenza alla stabilità, se si eccettua un miglioramento delle regioni meridionali con tasso più alto ed un peggioramento delle 2 Province Autonome. Il calcolo di questi indicatori su coorti di pazienti potrebbe eliminare il confondimento dovuto alle differenze di prevalenza nel loro utilizzo per valutare la qualità dei servizi di cura territoriali. L'utilizzo di indicatori di processo calcolato su coorti di pazienti permetterebbe una lettura ancora più chiara delle differenze di qualità dei servizi territoriali, prescindendo dai confondimenti dovuti alle differenze nella prevalenza ed anche nel tasso di ospedalizzazione generale. Il sistema di servizi che si propone di rispondere ai bisogni dei pazienti diabetici dovrebbe articolarsi secondo logiche di tipo *Chronic Care Model* che prevedono, da un lato la gestione delle complicanze a lungo termine grazie a *équipe* territoriali e, dall'altro, il miglioramento della qualità di vita dei pazienti mediante lo sviluppo della medicina di iniziativa attuata attraverso l'educazione e l'informazione sanitaria. Modalità di assistenza di questi tipi sono in via di sperimentazione in varie regioni (6) con un impatto atteso per i prossimi anni.

Per questa condizione risultano, peraltro, di fondamentale importanza gli interventi di prevenzione del-

l'obesità, soprattutto se multisettoriali ed integrati con gli interventi curativi (7).

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> (Accesso: ottobre 2008).
- (2) Damiani G, Ricciardi G. Manuale di Programmazione e Organizzazione Sanitaria. Napoli: Ildelson-Gnocchi, 2005.
- (3) Ministero della Salute. Piano sanitario Nazionale 2006-2008. Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006. Gazzetta Ufficiale 8 giugno 2006, Serie Generale, n. 131.
- (4) Damiani G, de Belvis AG, Siliquini R, Trani F, Mainelli MT. Appropriatelyzza organizzativa della gestione delle cronicità ed integrazione ospedale-territorio: asma bronchiale in pazienti di età > di 18 anni e diabete mellito con complicanze tardive (CLT). In: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2005; PREX, Milano.
- (5) Wagner EH, Davis C, Schaefer J, et al., 1999: A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with literature? *Managed care quarterly*; 7: 55-66.
- (6) Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni italiane. Rapporto finale del Progetto di ricerca corrente finanziato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. AgeNas, Maggio 2009: www.agenas.it/agenas_pdf/convegno_modelli_costi_a_nziani_assist_primaria/Relazione_finale_Stato_attuazione_modelli_innovativi_assistenza_primaria.pdf (Accesso: luglio 2010).
- (7) http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/prevention_program/. (Accesso: luglio 2010).

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'Agency for Healthcare Research and Quality (AHQR) (1), il tas-

so 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 BroncoPneumopatia Cronico Ostruttiva (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 (SDO), sono elevate. La standardizzazione per età aggiusta le differenti strutture delle popolazioni. Il principale limite è un sub-ottimale rapporto segnale/rumore. Infatti, 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, ed 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 l'opportunità di utilizzo nel contesto di sistemi di valutazione che tengano conto anche dei processi assistenziali a livello territoriale. Un secondo limite è la dipendenza del valore del tasso dalla prevalenza età-specifico della patologia, che può variare da regione a regione. Tuttavia, si può considerare scarsa la variabilità nell'arco di un biennio della prevalenza di questa patologia cronica, per cui il commento dei trend può, in prima approssimazione, prescindere da questo limite.

L'analisi si concentra sulla popolazione ultra 64enne, poiché è in questa classe di età che si concentra la prevalenza della patologia e, quindi, l'indicatore ha valori significativi.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori nazionali medio e mediano tra le 21 unità di osservazione del

2008 sono, rispettivamente, di 5,31 e di 5,27 ricoveri ogni 1.000 residenti di 65 anni ed oltre. Il valore prescelto, come benchmark per le variazioni 2006/2008, è lo 0 che separa le unità di osservazione in aumento da quelle in diminuzione.

Descrizione dei risultati

Il tasso standardizzato di ospedalizzazione per BPCO per l'anno 2008 varia da 2,79 ricoveri per 1.000 in Toscana ad un tasso più che triplo di 10,72 ricoveri per 1.000 in Puglia (Tabella 1). Gli autori hanno stimato la prevalenza standardizzata di BPCO negli ultra 64enni dall'Indagine Multiscopo del 2008, su tutte le unità di osservazione escluse le Province Autonome di Trento e di Bolzano e la regione Valle d'Aosta (dati non riportati), rilevando valori variabili dal 10% al 27%. Applicando un modello di regressione lineare hanno stimato che, la variabilità nella prevalenza, spieghi il 34% della variabilità tra tassi di ospedalizzazione nello stesso anno. I trend temporali sono tutti in diminuzione o in crescita lievissima, tranne nel caso della Provincia Autonoma di Trento, che è passata, comunque, dal tasso migliore del 2006 (2,52 per 1.000) ad un tasso discretamente maggiore 2 anni dopo (3,08 per 1.000). Distribuendo le regioni in un grafico dei tassi di ospedalizzazione per il 2008 e del trend temporale, definito come la differenza tra il 2008 ed il 2006, osserviamo un andamento decrescente, ovvero nelle regioni con tassi di ospedalizzazione elevati si hanno diminuzioni più ampie, a indicare una convergenza delle regioni verso valori più bassi dell'indicatore (Grafico 1).

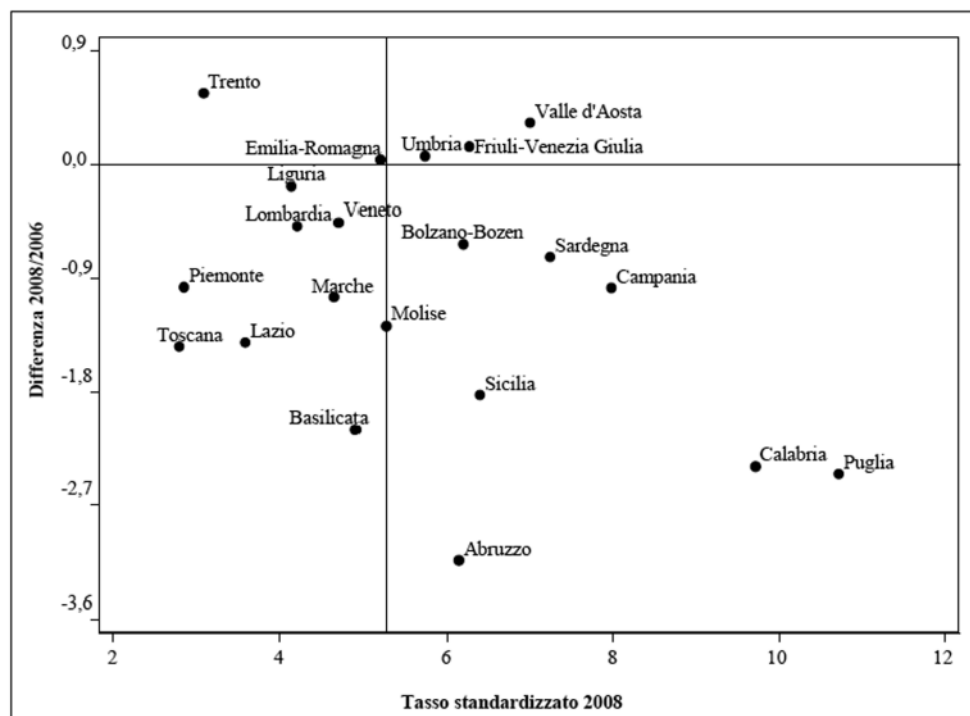
Tabella 1 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000 residenti ultra 64enni) potenzialmente evitabili per BPCO, per regione - Anni 2006, 2008

Regioni	2006	Regioni	2008
Trento	2,52	Toscana	2,79
Piemonte	3,82	Piemonte	2,85
Toscana	4,23	Trento	3,08
Liguria	4,31	Lazio	3,59
Lombardia	4,69	Liguria	4,14
Lazio	5,00	Lombardia	4,21
Emilia-Romagna	5,17	Marche	4,65
Veneto	5,17	Veneto	4,71
Umbria	5,67	Basilicata	4,91
Marche	5,70	Emilia-Romagna	5,20
Friuli Venezia Giulia	6,13	Molise	5,27
Molise	6,55	Umbria	5,74
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	6,67	Abruzzo	6,14
Bolzano-Bozen	6,83	Bolzano-Bozen	6,20
Basilicata	7,01	Friuli Venezia Giulia	6,27
Sardegna	7,97	Sicilia	6,40
Sicilia	8,23	Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	7,00
Campania	8,95	Sardegna	7,24
Abruzzo	9,28	Campania	7,98
Calabria	12,10	Calabria	9,71
Puglia	13,18	Puglia	10,72
Italia	6,33	Italia	5,31

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

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Grafico 1 - Distribuzione regionale per livelli dei tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000 residenti ultra 64enni) per BPCO e dei trend temporali - Anno 2008



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il valore dell'indicatore mostra una persistente variabilità spiegata, in parte, con le differenze di prevalenza e con una diffusa tendenza alla diminuzione, particolarmente alta nelle regioni con tasso maggiore.

Il calcolo di questi indicatori su coorti di pazienti potrebbe eliminare il confondimento dovuto alle differenze di prevalenza nel loro utilizzo per valutare la qualità dei servizi di cura territoriali. L'utilizzo di indicatori di processo, calcolato su coorti di pazienti, permetterebbe una lettura ancora più chiara delle differenze di qualità dei servizi territoriali, prescindendo dai confondimenti dovuti alle differenze nella prevalenza ed anche nel tasso di ospedalizzazione generale. La BPCO è una condizione cronica la cui gestione beneficia di modalità innovative incentrate sull'interazione tra *team* assistenziali preparati e proattivi e pazienti informati ed attivi secondo le indicazioni del *Chronic Care Model* (2). Modalità di assistenza di questo tipo sono in via di sperimentazione in varie regioni (3) con un impatto atteso per i prossimi anni. Per questa condizione risultano, peraltro, di fonda-

mentale importanza gli interventi di prevenzione dell'abitudine al fumo di tabacco, soprattutto se multisettoriali ed integrati con gli interventi curativi (4).

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) Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni italiane. Rapporto finale del Progetto di ricerca corrente finanziato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. AgeNas, Maggio 2009: www.agenas.it/agenas_pdf/convegno_modelli_costi_agenas_assist_primaria/Relazione_finale_Stato_attuazione_modelli_innovativi_assistenza_primaria.pdf (Accesso: luglio 2010).
- (4) 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* (PQI) dell'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHQR) (1), il tasso di ospedalizzazione senza pro-

cedure 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 senza procedure chirurgiche (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 Schede di Dimissione Ospedaliere (SDO), sono elevate (2). La standardizzazione per età aggiusta le differenti strutture delle popolazioni. Il principale limite è un sub-ottimale rapporto segnale/rumore. Infatti, 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, ed i criteri di ammissione ospedaliere che potrebbero determinare variazioni dei tassi di ospedalizzazione indipendentemente dalla qualità dei servizi territoriali. Da qui, le necessarie cautele nell'interpretazione e l'opportunità di utilizzo nel contesto di sistemi di valutazione che tengano conto anche dei processi assistenziali a livello territoriale. Un secondo limite è la dipendenza del valore del tasso dalla prevalenza età-specifico della patologia, che può variare da regione a regione. Di questa variabilità non sono disponibili stime periodiche (tramite l'Indagine Multiscopo o il sistema "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia-PASSI"), né gli autori sono a conoscenza di stime recenti da letteratura. La percentuale della varianza, dovuta alle differenze di prevalenza di scompenso, può essere al momento stimata unicamente utilizzando i dati del database della Società Italiana di Medicina Generale *Health Search*. Peraltro, si può considerare scarsa la variabilità nell'arco di un biennio della prevalenza di questa patologia cronica, per cui il commento dei trend può in prima approssimazione prescindere da questo limite. L'analisi si concentra sulla popolazione ultra 64enne, poiché è in questa fascia di età che si concentra la prevalenza della patologia e, quindi, l'indicatore ha valori

significativi.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori nazionali medio e mediano del 2008 sono, rispettivamente, di 14,34 e di 14,75 ricoveri ogni 1.000 residenti di 65 anni ed oltre. Il valore prescelto, come benchmark per le variazioni 2006/2008, è lo 0 che separa le unità di osservazione in aumento da quelle in diminuzione.

Descrizione dei risultati

Il tasso standardizzato di ospedalizzazione per Insufficienza Cardiaca senza procedure cardiache per l'anno 2008, varia da 9,39 ricoveri per 1.000 in Piemonte ad un valore quasi doppio di 19,79 ricoveri per 1.000 in Calabria (Tabella 1). La Società di Medicina Generale ha fornito agli autori una stima della prevalenza standardizzata negli ultra 64enni per il 2009, basata su un campione dei Medici di Medicina Generale che partecipano al *Health Search-CSD Longitudinal Patient Database*. La stima è disaggregata per regione, ma alcune coppie di regioni (Abruzzo e Molise; Basilicata e Calabria) presentano un dato aggregato; la stima per la regione Friuli Venezia Giulia è aggregata a quella per il Trentino-Alto Adige e quella per il Piemonte è aggregata alla Valle d'Aosta (dati non riportati). Applicando un modello di regressione lineare a questi dati, escludendo le Province Autonome di Trento e Bolzano e la Valle d'Aosta, risulterebbe che la variabilità nella prevalenza spieghi il 59% della variabilità tra tassi di ospedalizzazione nel 2008. Questo dato rappresenta una stima incompleta, dal momento che l'aggregazione dei dati di prevalenza, in alcune unità territoriali, è stata ritenuta necessaria a causa della sottorappresentatività di 2 regioni (Molise e Calabria). Essa viene considerata dagli autori utile a titolo indicativo.

I trend temporali dell'indicatore di ospedalizzazione, rispetto al 2006, sono in diminuzione ovunque, tranne

in Campania, Abruzzo e Basilicata, dove l'aumento è, comunque, minore di 0,4 ricoveri per 1.000. Particolarmente evidente il trend in Toscana, dove si

registra una diminuzione nel biennio di quasi 4,5 ricoveri per 1.000, più del doppio delle altre 2 regioni (Umbria e Friuli Venezia Giulia) in cui l'indicatore

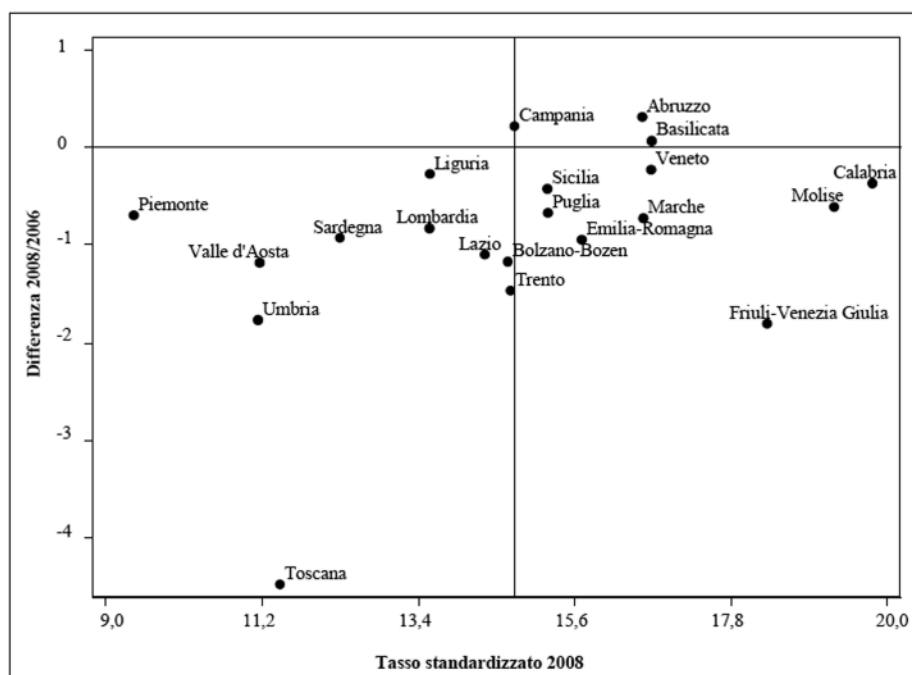
Tabella 1 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili (per 1.000 residenti ultra 64enni) per Insufficienza Cardiaca senza procedure cardiache, per regione - Anni 2006, 2008

Regioni	2006	Regioni	2008
Piemonte	10,09	Piemonte	9,39
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	12,34	Umbria	11,14
Umbria	12,91	Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	11,16
Sardegna	13,22	Toscana	11,45
Liguria	13,83	Sardegna	12,29
Lombardia	14,38	Lombardia	13,55
Campania	14,53	Liguria	13,56
Lazio	15,43	Lazio	14,33
Sicilia	15,63	Bolzano-Bozen	14,66
Bolzano-Bozen	15,83	Trento	14,70
Puglia	15,90	Campania	14,75
Toscana	15,92	Sicilia	15,21
Trento	16,17	Puglia	15,22
Abruzzo	16,24	Emilia-Romagna	15,70
Basilicata	16,61	Abruzzo	16,55
Emilia-Romagna	16,65	Marche	16,56
Veneto	16,9	Veneto	16,67
Marche	17,29	Basilicata	16,68
Molise	19,86	Friuli Venezia Giulia	18,30
Friuli Venezia Giulia	20,11	Molise	19,25
Calabria	20,16	Calabria	19,79
Italia	15,29	Italia	14,34

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

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Grafico 1 - Distribuzione regionale per livelli dei tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000 residenti ultra 64enni) per Insufficienza Cardiaca senza procedure cardiache e dei trend temporali - Anno 2008



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il valore dell'indicatore mostra una persistente variabilità. I valori dell'indicatore, tuttavia, sono condizionati dalla prevalenza della patologia ed una stima indicativa mostra che, tale condizionamento, potrebbe essere molto ampio. Sarebbe opportuno inserire nei sistemi di rilevazione corrente la stima della prevalenza di questa patologia per pervenire ad una misura disaggregabile per unità territoriale.

Il calcolo di questi indicatori, su coorti di pazienti, potrebbe eliminare il confondimento dovuto alle differenze di prevalenza nel loro utilizzo per valutare la qualità dei servizi di cura territoriali. L'utilizzo di indicatori di processo, calcolato su coorti di pazienti, permetterebbe una lettura ancora più chiara delle differenze di qualità dei servizi territoriali, prescindendo dai confondimenti dovuti alle differenze nella prevalenza ed anche nel tasso di ospedalizzazione generale. Il tasso di ospedalizzazione per questa condizione è stabile o in diminuzione in tutte le regioni. Si evidenzia l'interesse di verificare quali modifiche organizzative sottostiano ai miglioramenti più ampi.

L'insufficienza cardiaca è una condizione cronica la cui gestione beneficia, stando ai risultati di letteratura, di modalità innovative incentrate sull'interazione tra *team* assistenziali preparati e proattivi e pazienti informati ed attivi secondo le indicazioni del *Chronic Care Model* (3). Modalità di assistenza di questo tipo sono

in via di sperimentazione in varie regioni (4) con un impatto atteso per i prossimi anni.

Ringraziamenti

Si ringrazia la Società di Medicina Generale ed, in particolare, Claudio Cricelli, Giampiero Mazzaglia e Monica Simonetti per aver, cortesemente, fornito agli autori le stime di prevalenza basate sui dati del database *Health Search-CSD Longitudinal Patient Database*.

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) Peter S. Hussey, Soeren Matke, Lindsey Morse, And M. Susan Ridgely. Evaluation of the Use of AHRQ and Other Quality Indicators. Disponibile sul sito: <http://www.ahrq.gov/about/evaluations/qualityindicators/qualityindicators.pdf>.
- (3) Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: translating evidence into action. *Health Affairs*. 20 (6) 64-78. Nov-Dec 2001.
- (4) Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni italiane. Rapporto finale del Progetto di ricerca corrente finanziato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. AgeNas, Maggio 2009. www.agenas.it/agenas_pdf/convegno_modelli_costi_nziani_assist_primaria/Relazione_finale_Stato_attuazione_modelli_innovativi_assistenza_primaria.pdf (Accesso: luglio 2010).

Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari

Dott.ssa Raffaella Amato, Dott. Alessandro Solipaca

L'indagine sui presidi residenziali prevista dal Programma statistico nazionale in vigore (IST-00243), a partire dal 2010, amplia i suoi contenuti informativi, adeguandoli a quelle che sono le esigenze conoscitive legate al processo di integrazione socio-sanitaria, cioè a quel complesso di attività di assistenza rivolte alla persona, che sono finalizzate sia al soddisfacimento di bisogni di natura sociale legati al disagio ed all'emarginazione e sia di bisogni sociali con rilevanza sanitaria legati all'invecchiamento della popolazione ed alla disabilità.

La nuova indagine si inserisce nella più ampia prospettiva di riordino ed integrazione delle statistiche sull'assistenza sociale di tipo assistenziale e sanitaria, nell'ambito del Sistema Statistico Nazionale.

La rilevazione è stata riprogettata con la collaborazione degli esperti del Ministero della Salute, del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e del Centro Interregionale per i Sistemi Informatici, geografici e Statistici (CISIS) - Gruppo di lavoro Politiche Sociali.

L'Indagine rileva l'offerta di strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie e le tipologie di utenti in esse assistite nel corso del 2009.

La nuova rilevazione estende il campo di osservazione ed aumenta il dettaglio delle informazioni raccolte permettendo di documentare, in maniera più puntuale, sia l'utenza che le risorse impegnate per questa forma di assistenza territoriale. Infatti, i dati di offerta e di attività non vengono rilevati per l'intero presidio, ma sono distinti per singolo modulo, cioè per unità di servizio di un presidio identificata da una tipologia di assistenza per un determinato target di utenza. Questo, permette di tenere in considerazione l'organizzazione interna del presidio e di dettagliare più adeguatamente l'offerta, in termini di posti letto e personale dedicato. Inoltre, questo dettaglio dell'informazione, consente di fornire una classificazione delle strutture coerente con il Nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali elaborato dalle regioni. Una fase delicata, nella riprogettazione dell'indagine, è stata quella dell'identificazione dell'universo delle strutture da rilevare. A tale proposito, è stata effettuata un'attenta integrazione delle liste anagrafiche delle strutture residenziali del Ministero della Salute con quelle socio-assistenziali delle regioni. Data la complessità del processo di ricostruzione dell'universo, questa fase non si può considerare conclusa, ma sarà l'indagine stessa a confermare la sua completezza ed, eventualmente, a migliorarla con l'individuazione di strutture che abbiano cessato la propria attività o modificato la tipologia dei servizi offerti o i target di utenza. Altro elemento innovativo, introdotto dal 2010, è rappresentato dalla tecnica di acquisizione dei dati che, per la prima volta, può essere fatta anche via web. La compilazione dei dati via web migliora la qualità dei dati raccolti in quanto rende più semplice la fase di compilazione del questionario, grazie alla guida in linea ed al controllo di coerenza delle informazioni inserite e permette anche di ridurre il numero di errori di compilazione. La nuova indagine, che mantiene la sua cadenza annuale, rileva tutte le strutture che rientrano nella definizione di presidio residenziale socio-assistenziale e socio-sanitario, cioè strutture, pubbliche o private, che erogano servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario a persone in stato di bisogno. In tali strutture trovano alloggio persone che si trovano in stato di bisogno per motivi diversi: anziani soli o con problemi di salute, disabili, minori sprovvisti di tutela, giovani donne in difficoltà, stranieri o cittadini italiani con problemi economici ed in condizioni di disagio sociale. Sono escluse dalla rilevazione le strutture residenziali che svolgono attività dedicate esclusivamente alla tossicodipendenza. Per dare un maggiore dettaglio sui contenuti informativi va detto che, il questionario della rilevazione, è articolato in 7 sezioni: la prima riguarda il numero dei moduli attivi (il modulo è l'unità di servizio di un presidio, identificata da una tipologia di assistenza per un determinato target di utenza) ed i dati anagrafici del presidio, del titolare e del gestore. La seconda e la terza sezione raccolgono le informazioni per singolo modulo, con esse si rilevano i dati sulla tipologia di assistenza erogata, i posti letto e gli ospiti assistiti (adulti, anziani e minori) per genere ed età. La quarta sezione rileva, per singolo modulo, dati ulteriori sui minori ospiti dei presidi: destinazione dopo la dimissione, la condizione di adattabilità, la provenienza e la durata della permanenza nella residenza. La quinta e la sesta sezione raccolgono informazioni che si riferiscono al presidio, in particolare rilevano il flusso degli ospiti ed i dati economici. Infine, la settima sezione, rileva i dati sul personale per qualifica professionale e percentuale di impiego nei singoli moduli.

Ampia attenzione, inoltre, è stata data al tema dei minori al fine di fornire un supporto per il monitoraggio degli interventi normativi, degli ultimi 10 anni, che hanno promosso la realizzazione di progetti innovativi per l'infanzia, comprese le misure alternative all'istituzionalizzazione. Si fa riferimento, in particolare, alla Legge n. 285/1997, alla n. 328/2000 ed alla n. 149/2001. Quest'ultima, oltre a prevedere il sostegno economico e logistico alle famiglie di appartenenza, ha incentivato l'affidamento o l'inserimento nelle comunità familiari. La stessa legge, ha previsto anche la chiusura, entro la fine del 2006, dei grandi "istituti per minori", nei quali è stata esclusa, in ogni caso, la possibilità d'inserimento per bambini di età inferiore a 6 anni.

In conclusione, la nuova indagine si propone di mettere ordine in quella “zona grigia” che si pone a cavallo tra il sociale ed il sanitario tentando di risolvere, in parte, il problema della sovrapposizione tra il raggio d’azione degli interventi di carattere sociale e quelli più strettamente sanitari. I dati che saranno rilevati renderanno più chiara la documentazione dell’offerta e della domanda per un settore che, verosimilmente, avrà sempre maggior rilievo in futuro, sia per i modelli organizzativi attualmente prevalenti, che pongono particolare attenzione all’appropriatezza dell’azione pubblica in campo sanitario e socio-assistenziale e sia per motivi demografici legati prevalentemente all’invecchiamento ed all’immigrazione.