

Assistenza ospedaliera

Negli ultimi 10 anni, sulla base delle grandi riforme del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) introdotte negli anni Novanta, abbiamo assistito ad un graduale e continuo processo di modernizzazione e ridefinizione del ruolo del nostro sistema ospedaliero. Il cammino percorso ha attraversato più fasi caratterizzate da indirizzi strategici ed obiettivi diversificati, volti in principio alla razionalizzazione dell'offerta ed al miglioramento dell'efficienza complessiva del sistema e, quindi, alla ricerca di una maggiore appropriatezza, qualificazione e sicurezza delle cure erogate, in un'ottica di "governo clinico" e di partecipazione dei professionisti ai cambiamenti proposti.

Purtroppo, la progressiva evoluzione e modernizzazione del sistema ospedale non ha interessato allo stesso modo tutte le regioni del Paese malgrado il processo sia stato scandito da diversi provvedimenti normativi che hanno tracciato con chiarezza sia le linee di programmazione nazionale finalizzate ad assicurare la sostenibilità economica del sistema e gli obiettivi di servizio deputati a garantire uniformi livelli di assistenza, sia le crescenti responsabilità in capo ai Governi regionali.

I provvedimenti di riforma degli anni Novanta avevano già delineato il ruolo fondamentale delle regioni riguardo l'organizzazione dei servizi sanitari e dell'assistenza ospedaliera, ma è dal 2001 che il processo subisce una svolta decisiva. La riforma del Titolo V della Costituzione, di cui alla Legge costituzionale n. 3/2001, definisce, infatti, in modo univoco gli ambiti di competenza delle Regioni, responsabilizzandole ulteriormente sulla programmazione ed erogazione dell'assistenza socio-sanitaria e sulla responsabilità finanziaria. Nel contempo, l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 ed il DPCM 29 novembre 2001, segnano regole fondamentali del quadro federalista della Sanità Pubblica rendendo esplicite sia l'entità delle risorse da attribuire al SSN sia le prestazioni ed i servizi che ogni Regione deve assicurare alla popolazione residente (Livelli Essenziali di Assistenza-LEA).

Negli anni a seguire tutte le indicazioni e norme in tema di programmazione ospedaliera rinviano ai Piani Sanitari Regionali gli obiettivi di razionalizzazione e modernizzazione del sistema. L'Intesa Stato-Regioni del marzo 2005 fissa lo standard di posti letto a 4,5 per 1.000 abitanti, comprensivo dei posti letto per riabilitazione e lungodegenza, ed il tasso di ospedalizzazione a 180 ricoveri per 1.000 abitanti, di cui il 20% in regime diurno.

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008, nel riaffermare la responsabilità regionale riguardo la garanzia dei livelli di assistenza definiti dal DPCM 29 novembre 2001, sostiene il modello di rete ospedaliera ed avvalorava il principio dell'integrazione prevedendo la costruzione di reti assistenziali sovregionali e nazionali (emergenza-urgenza, trapianti, malattie rare), la creazione di una rete assistenziale per le cure palliative, una maggiore integrazione dell'ospedale con i servizi distrettuali, le cure primarie ed il sociale, a garanzia della continuità assistenziale e di una solida offerta dei servizi di cure intermedie.

I medesimi principi sono ribaditi ed aggiornati dal Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, sancito nel dicembre 2009 dalla Conferenza Stato-Regioni. L'Intesa definisce le linee di riferimento per attuare un maggior controllo della spesa ed allo stesso tempo individua i settori strategici in cui operare al fine di qualificare i Servizi Sanitari Regionali (SSR) e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini. Per il macrolivello di assistenza ospedaliera è previsto un finanziamento tendenziale pari al 44% del finanziamento complessivo del SSN, quindi una quota sensibilmente minore rispetto alla media delle risorse assorbite in precedenza. Sul fronte della struttura dell'offerta è sancita la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR a 4 posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie. Tale riduzione, compatibile con una variazione non superiore al 5% in aumento e non comprendente la quota di posti letto dedicati ai pazienti provenienti dalle altre regioni, è finalizzata a promuovere l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di Ricovero Ordinario (RO) ed in regime di ricovero diurno, il passaggio dal ricovero diurno al regime ambulatoriale ed a favorire l'assistenza residenziale e domiciliare.

La stessa intesa prevede che le singole Regioni possano integrare la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, attingendo a 2 liste che elencano, rispettivamente, 24 prestazioni erogate in regime di Day Surgery (DS) trasferibili a livello ambulatoriale ed ulteriori 65 DRG, potenzialmente inappropriate, se erogati in degenza ordinaria.

Il Patto prevede, infine, anche un adeguato monitoraggio dello stato di attuazione delle indicazioni for-

nite ed a tale scopo individua un definito *set* di indicatori di appropriatezza organizzativa, efficacia ed efficienza dei sistemi ospedalieri regionali, stabilendo che i rispettivi standard siano rappresentati dal valore medio rilevato nelle regioni individuate come riferimento ai sensi dell'art. n. 2, comma 3 dell'intesa stessa.

Gli indicatori dell'assistenza ospedaliera proposti nel corso degli anni dal Rapporto Osservasalute, dalla prima edizione del 2003 ed in maniera crescente nelle edizioni successive, comprendono buona parte degli indicatori previsti dal sistema di monitoraggio del Patto per la Salute 2010-2012. Le serie temporali disponibili consentono, pertanto, di apprezzare i cambiamenti, di confrontare i risultati ottenuti e rilevare i trend in corso nelle diverse realtà regionali con riferimento agli obiettivi definiti dalla programmazione del livello nazionale o, in virtù dei poteri garantiti dalla riforma in chiave federalista, delle singole realtà locali.

Sulla base di questa disponibilità la descrizione di alcuni indicatori svolta nei successivi paragrafi del capitolo prenderà in considerazione un arco temporale più ampio rispetto alle precedenti edizioni. Anche nel seguito di questa introduzione saranno effettuate sintetiche comparazioni temporali, in particolare per il livello nazionale (per un'analisi di dettaglio si rimanda ai paragrafi specifici), con l'obiettivo di fornire un contributo alla comprensione del processo di cambiamento in atto nel nostro sistema ospedaliero nell'era del federalismo.

Gli indicatori descritti nel capitolo si riferiscono alle 3 seguenti dimensioni:

- Domanda soddisfatta dalla rete ospedaliera: tasso di ospedalizzazione complessivo e distinto per età, tipologia di attività erogata e per DRG medici e chirurgici, in regime ordinario e diurno;
- Efficienza produttiva delle strutture di ricovero e cura: degenza media e degenza media pre-operatoria;
- Appropriatezza clinica ed organizzativa (utilizzo dei diversi *setting* assistenziali): dimissioni con DRG medico da reparti chirurgici, utilizzo del Day Hospital (DH) per i DRG medici a rischio di inapproprietezza, accessi e ricoveri in DH, Day Surgery (DS) e "One Day Surgery", percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro le 48 ore.

Il capitolo comprende anche 2 *Box*. Il primo prende in esame il sistema della ricerca negli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, mentre il secondo analizza la soddisfazione dei cittadini nei confronti dell'assistenza ospedaliera.

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

Sintesi dei dati

Negli ospedali italiani i ricoveri continuano a diminuire e parallelamente si riducono le giornate di degenza. Dal 2001 al 2008 il tasso grezzo di ospedalizzazione complessivo del livello nazionale si è ridotto di circa 22 punti percentuali (da 214,6 a 192,8 per 1.000 abitanti). La riduzione registrata in tale periodo è da ricondurre alla sola componente dei ricoveri ordinari passata da 161,4% a 133,3%, essendo, invece, leggermente aumentata nel periodo, sebbene con andamento discontinuo, la quota di ricoveri in regime diurno (da 53,2% a 59,0%). A tale riguardo si sottolinea che, nel 2008, tutte le regioni presentano ancora un Tasso di Dimissione (TD) per i ricoveri diurni superiore al riferimento normativo di 36 ricoveri per 1.000 abitanti (20% di DH rispetto ad un TD generale fissato pari a 180%). Allo stesso tempo tutte le regioni meridionali del Paese ed in particolare quelle sottoposte ai Piani di rientro, mostrano ancora tassi di ospedalizzazione per acuti molto superiori alla media nazionale, spesso maggiori anche rispetto al valore medio nazionale del 2001. Per la maggior parte di queste regioni si evidenzia, comunque, un sensibile trend in miglioramento, segno dell'efficacia delle azioni avviate per sostenere il processo di deospedalizzazione delle attività potenzialmente inappropriate per il livello ospedaliero.

L'analisi delle dimissioni per tipologia di attività conferma il trend già registrato in passato che vede la diminuzione dei TD dei ricoveri di riabilitazione ed un aumento dell'attività di lungodegenza, con valori, nel 2008, pari, rispettivamente, a 4,6 ed 1,6 ricoveri per 1.000 abitanti. La distribuzione per età dei dimessi mostra che i TD più alti si rilevano nelle fasce di età "estreme", dove si registrano anche variazioni regionali molto più ampie e, probabilmente, ingiustificate di quelle registrate in tutte le restanti classi.

L'analisi dei TD per tipologia di DRG, medico o chirurgico, mostra che, nel 2008, il TD complessivo è composto per il 59,2% da DRG medici e dal 40,8% da DRG chirurgici, mentre lo stesso parametro, nel 2001, presentava valori pari, rispettivamente, al 65% ed al 35%. Il sostanziale incremento della quota di dimissioni di

pazienti chirurgici, malgrado un consistente passaggio di attività chirurgiche poco complesse in regime ambulatoriale, segue un trend rilevato da anni anche a livello internazionale e testimonia una qualificazione ed un aumento di complessità delle attività ospedaliere. Tale trend si registra costantemente in tutte le regioni anche se in quelle del Nord e del Centro la proporzione di DRG chirurgici risulta essere, generalmente, molto più alta della media nazionale, con punte che in alcune regioni si avvicinano al 50% dell'attività complessiva.

Dal 2001 al 2008, la componente dei ricoveri medici in regime ordinario diminuisce di circa 3 punti percentuali (dal 64,6% al 61,8%), mentre si assiste ad una importante contrazione della quota dei DH medici che passa dal 66,0% al 53,7%. Tale andamento trova il corrispettivo nei DRG chirurgici che presentano un leggero incremento della quota dei ricoveri ordinari (dal 35,4% al 38,2%) ed un incremento sostenuto dei ricoveri in DS che passa dal 34,0% al 46,3% di tutti i ricoveri diurni confermando il trend in aumento registrato anche negli anni passati.

I TD per i DRG medici mostrano una rilevante e spesso ingiustificata variabilità regionale che, nel periodo 2001-2008, rimane praticamente invariata, sia per i ricoveri ordinari che per la componente diurna. Per i ricoveri chirurgici, la variabilità regionale del TD, seppure evidente, risulta di entità più modesta in tutto il periodo considerato e prevalentemente a carico della componente diurna.

La degenza media del livello nazionale, nel 2008, risulta pari a 6,8 giorni. Dopo la forte riduzione registrata negli anni Novanta il dato è sostanzialmente stabile da diversi anni anche se è bene precisare che la riduzione del TD ed il conseguente aumento della complessità della casistica trattata, depongono, comunque, per un generale ed evidente recupero di efficienza nella gestione degli episodi di ricovero. Anche per questo indicatore si osservano importanti differenze regionali, difficili da interpretare per le molteplici variabili capaci di influenzare la sua espressione (caratteristiche del *case mix*, andamento dei TD, disponibilità di strutture di ricovero post acuzie, lungodegenza e riabilitazione). In generale, anche analizzando i valori della degenza media standardizzata per *case mix*, si può affermare che esistano ancora margini di miglioramento in diverse realtà regionali e che i valori superiori alla media nazionale rilevati nelle regioni del Nord sono da imputare ad una maggiore selezione dei ricoveri ospedalieri e, quindi, alla gestione di un *case mix* più complesso.

Stabile negli ultimi anni, seppure con lieve tendenza alla riduzione, anche la Degenza Media PreOperatoria, indice di efficienza organizzativa e di appropriato utilizzo dei servizi diagnostici e dei reparti di degenza chirurgici. Il valore medio nazionale del 2008 si attesta a 1,97 giorni contro i 2 giorni del 2006. Anche per questo indicatore persistono evidenti e spesso ingiustificate differenze regionali, segno di disomogeneità nella definizione di adeguati percorsi diagnostici e clinico assistenziali. La PA di Trento, la Liguria, il Lazio e tutte le regioni del Sud e delle Isole (tranne l'Abruzzo) presentano valori molto superiori alla media nazionale e tale ampia variabilità dimostra, nei fatti, la possibilità di poter conseguire ulteriori importanti miglioramenti.

Per quanto attiene gli indicatori di appropriatezza si rileva che, nel 2008, il valore nazionale della percentuale di dimissioni con DRG medico dai reparti chirurgici è pari al 35,7%. L'analisi temporale degli ultimi 3 anni dimostra un leggero trend in diminuzione che ha interessato la gran parte delle nostre regioni, con poche significative eccezioni. Malgrado i miglioramenti, anche per questo indicatore persiste una spiccata variabilità regionale con un evidente gradiente geografico in quanto, tutte le regioni del Sud e le Isole presentano, senza eccezioni, valori al di sopra della media nazionale.

Abbiamo già messo in evidenza come il trasferimento verso il regime diurno delle attività meno complesse e/o potenzialmente inappropriate abbia raggiunto livelli di rilievo. Tale tendenza è evidente soprattutto per i 26 DRG medici a rischio di inappropriatezza se erogati in Regime Ordinario (RO) contenuti nella lista di cui al DPCM 29 novembre 2001, che peraltro alcune regioni hanno provveduto ad ampliare ulteriormente. A distanza di oltre 6 anni dalle indicazioni poste dal DPCM, l'andamento dell'indicatore del livello nazionale è ormai sostanzialmente stabile. Nel 2008 il valore medio nazionale (40,8%) risulta leggermente superiore a quello registrato nell'anno precedente (40,7%) e poco inferiore al valore del 2006 (41,2%). Al contrario, la variabilità regionale risulta molto ampia e disomogenea facendo registrare anche trend di segno opposto nelle diverse realtà del Paese (*range* compreso tra il 20,0% della PA di Trento ed il 58,5% della Liguria). A tale riguardo occorre considerare che un numero sempre maggiore di regioni, in particolare nel Nord, oltre alla riconversione in DH ha promosso il trasferimento dei ricoveri diurni di tipo medico meno complessi e potenzialmente inappropriati in *setting* assistenziali extradegenza (ambulatorio e Day Service), ottenendo con ciò una significativa riduzione sia del TD relativo a tali DRG, sia della percentuale di DH. L'analisi congiunta della percentuale di ricoveri effettuata in DH e dei tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per i DRG considerati fornisce alcune singolari rappresentazioni che riassumono con efficacia la situazione, i risultati conseguiti ed i possibili obiettivi di programmazione nelle varie realtà regionali.

Una misura significativa del cambiamento in atto riguardo l'utilizzo dei vari *setting* assistenziali è data dalla percentuale di interventi chirurgici effettuati in DS che, nel 2008, ha raggiunto il 35,8% delle attività operatorie complessivamente erogate. Se a tale quota si aggiunge quella relativa agli interventi chirurgici effettuati in "One Day Surgery", che nell'anno in corso risulta pari al 16,22%, si osserva che oltre il 52,00% dell'attività chirurgica, anche grazie alla diffusione delle moderne tecniche mininvasive e di efficaci e sicure pratiche anestesio-logiche, è ormai gestita senza ricorrere al tradizionale RO. Questi dati, che peraltro sottostimano il volume complessivo delle attività chirurgiche erogate per effetto del trasferimento in regime ambulatoriale di una quota consistente di interventi chirurgici di bassa complessità, sono ormai consolidati ma nascondono un'ampia variabilità regionale, estremamente evidente per la percentuale di "One Day Surgery" (*range* 4,80-28,76%), in assenza di un evidente gradiente geografico.

Nella presente edizione è stata rilevata, per la prima volta, la percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore nei pazienti con più di 65 anni. Il valore nazionale di questo indicatore di appropriatezza clinica ed organizzativa è pari al 32,5%, un risultato piuttosto basso rispetto alle *performance* registrate in altri Paesi occidentali ed alle raccomandazioni presenti in letteratura. Nel periodo 2001-2008, l'indicatore ha fatto registrare solo un lievissimo incremento (dal 31,2% al 32,5%) tanto che solo poche regioni hanno modificato in modo deciso la loro *performance*, mentre si è mantenuta una marcata variabilità regionale (*range* 16,9-81,7% nel 2008).

La fotografia che emerge dall'analisi degli indicatori considerati delinea le principali caratteristiche dei sistemi ospedalieri regionali dalle fasi di avvio del federalismo ed offre informazioni utili per valutare il cammino percorso e le azioni ancora da intraprendere o implementare per allineare le *performance* dei diversi sistemi locali agli standard di riferimento stabiliti dalla programmazione nazionale.

Nel complesso i dati testimoniano una sempre più diffusa attenzione ai temi dell'efficienza, dell'appropriatezza e della progressiva qualificazione delle attività erogate. L'ospedale assorbe ancora una quota consistente delle risorse economiche complessivamente destinate a garantire i livelli di assistenza e rappresenta ancora il fulcro del nostro sistema di cura, ma l'ambito di attività è sempre più rivolto alle patologie acute ad elevato contenuto clinico-assistenziale, mentre di pari passo è in corso un significativo sviluppo e potenziamento dei *setting* assistenziali diversificati per intensità di cura e risorse assorbite, spesso alternativi al ricovero in RO (DH, DS, Day Service e chirurgia ambulatoriale).

I risultati raggiunti sono, peraltro, molto difforni nelle diverse realtà geografiche. In pratica, in un quadro di progressivo e diffuso miglioramento, le regioni del Centro-Nord presentano risultati in linea o addirittura migliori rispetto agli obiettivi ed agli standard di *performance* ed organizzativi definiti dalla programmazione nazionale, mentre quasi tutte le regioni meridionali ed insulari sembrano tuttora ancorate a modelli clinico-assistenziali poco efficienti e che privilegiano ancora il *setting* ospedaliero anche per attività di bassa complessità e basso rischio.

Il sistema ospedaliero regionale che si sta affermando nelle realtà che hanno compiuto i maggiori progressi nel segno della modernizzazione e del cambiamento esprime già buona parte delle caratteristiche delineate dalla bozza del nuovo PSN 2011-2013. La bozza di piano declina, infatti, quali obiettivi strategici primari, finalizzati all'applicazione uniforme dei LEA ed alla sostenibilità del sistema sanitario nell'era del federalismo, le sfide rivolte alla progressiva deospedalizzazione, alla riconversione dei piccoli ospedali ed all'integrazione in rete dei presidi di diverso livello, con la promozione dei centri di eccellenza, il pieno utilizzo delle alte tecnologie e l'affermazione di nuovi modelli manageriali ed organizzativi. Lo scopo è quello di porre maggiore attenzione al tema della continuità assistenziale e dei percorsi di cura, decentrando attività sanitarie di media complessità verso strutture del livello di assistenza territoriale, in un rapporto più equilibrato dell'ospedale con il sistema delle cure primarie e di forte interazione tra le attività sociali e sanitarie.

L'esigenza di cambiamento e la modernizzazione in atto sono indispensabili per rispondere in modo efficace ed efficiente ai nuovi bisogni assistenziali generati dall'evoluzione demografica, dal costante incremento della prevalenza delle malattie croniche e delle pluripatologie, dall'ampliarsi della fascia di popolazione più debole e delle condizioni di fragilità. È peraltro indispensabile che il processo interessi in modo diffuso e per quanto possibile omogeneo le diverse realtà regionali. A tale scopo è fondamentale poter contare su chiari e rigorosi principi di programmazione centrale, ma, nel rispetto delle regole imposte dal federalismo, è altrettanto importante che la "governance" del processo di cambiamento, oltre che a livello nazionale, sia giocata con autonomia e responsabilità ben individuate a livello di ogni singola regione in modo che la scelta e la portata delle azioni da intraprendere siano effettivamente correlate alle caratteristiche ed alle specifiche esigenze delle varie realtà locali.

Ospedalizzazione

Significato. Il tasso di ospedalizzazione fornisce una misura di propensione al ricovero ospedaliero della popolazione oggetto di studio. Si calcola come rapporto fra numero di ricoveri ospedalieri, ovunque effettuati, relativi a soggetti residenti in una data regione e la complessiva popolazione ivi residente. Il tasso di ospedalizzazione viene solitamente elaborato distintamente per le diverse modalità di ricovero, ossia sia per il Ricovero Ordinario (RO) che per quel-

lo diurno, comprensivo del Day Hospital (DH) medico e chirurgico, o Day Surgery (DS).

L'indicatore consente anche di descrivere il ricorso alle diverse modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera e di cogliere, nelle analisi temporali, gli eventuali spostamenti della casistica trattata da un *setting* assistenziale all'altro. In questo modo si ottengono anche indicazioni, sulla struttura dell'offerta e sulle sue modificazioni.

Tasso di dimissioni ospedaliere*

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

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

Validità e limiti. L'indicatore misura la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dalla rete ospedaliera presente sul territorio, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle inappropriate erogate in ambito ospedaliero. L'inappropriatezza ospedaliera non deve essere associata all'idea di malfunzionamento degli ospedali, bensì può essere dovuta ad una cattiva gestione della cronicità da parte dei servizi sanitari territoriali e ad una talvolta inefficace attività preventiva in grado di limitare il ricorso alle cure ospedaliere. D'altra parte, l'indicatore non consente di analizzare la domanda "insoddisfatta", dovuta, in taluni contesti, alla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie e rappresentativa di un bisogno di salute percepito ed espresso dalla popolazione.

L'indicatore è stato calcolato tenendo conto delle dimissioni da reparti per acuti, di riabilitazione e lungodegenza effettuate presso strutture pubbliche e private accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Sono escluse le dimissioni dei neonati sani e dei soggetti non residenti in Italia. D'altro canto sono, invece, inclusi i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto, perché l'indicatore intende esprimere l'entità della domanda di ricovero soddisfatta nel corso dell'anno. Qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime di DH: si rilevano, infatti, alcune diversità, da una regione all'altra, nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi all'ospedalizzazione in regime diurno. Le diversità rilevate possono anche essere dovute ad una diversa modalità di impiego delle strutture ambulatoriali.

Il fenomeno dell'ospedalizzazione risulta notevolmente correlato all'età del paziente, pertanto, al fine di confrontare la propensione al ricovero nei diversi contesti regionali è stato calcolato il tasso standardizzato. Con riferimento, quindi, alla popolazione media

residente in Italia nel 2001, sono stati calcolati i tassi di ospedalizzazione regionali standardizzati, in cui risulta corretto l'effetto della diversa composizione per età delle popolazioni nelle singole regioni. Il dato del 2008 è messo a confronto con analoghe rilevazioni effettuate nel 2005, nel 2006 e nel 2007.

Valore di riferimento/Benchmark. L'Intesa Stato-Regioni sancita il 23 marzo 2005, art. n. 4 comma 1 punto b, ha fissato, quale obiettivo da raggiungere entro il 2007, il mantenimento del tasso di ospedalizzazione complessivo per ricoveri entro il valore di 180‰ residenti, di cui un 20% (in pratica il 36‰) relativo ai ricoveri in regime diurno.

Descrizione dei risultati

Nel 2008 il tasso grezzo di ospedalizzazione a livello nazionale è 133,8 per 1.000 abitanti in modalità ordinaria e 59,0 per 1.000 in modalità di ricovero diurno. L'analisi temporale presenta una costante diminuzione nel corso degli anni esaminati in entrambe le modalità di ricovero (Grafico 1).

Ciò emerge sia confrontando i tassi annuali grezzi (Grafico 1) che quelli standardizzati (Tabella 1). Nel 2008 il tasso standardizzato di ospedalizzazione complessivo a livello nazionale è 187,3‰, di cui 129,1‰ in modalità ordinaria e 58,2‰ in modalità di ricovero diurno. Il tasso di ospedalizzazione complessivo varia, a livello regionale, dal valore massimo presente in Campania (231,8‰) al valore minimo del Friuli Venezia Giulia (148,5‰). Solo 9 regioni presentano valori che rientrano nello standard normativo fissato al 180‰, mentre le restanti, tutte del Centro-Sud, assieme a Liguria, Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Bolzano, presentano valori superiori. In generale, le regioni del Sud e le Isole presentano un

tasso complessivo superiore anche alla media nazionale, mentre quelle del Centro-Nord un tasso inferiore, con l'eccezione di Liguria, PA di Bolzano e Lazio. Il tasso relativo al regime di RO varia dal 100,3% della Toscana al 160,1% della Puglia e si registra un valore più elevato della media nazionale oltre che nelle regioni del Sud (eccetto la Basilicata), in Lombardia, PA di Bolzano, Lazio e, anche se di pochissimo, in Valle d'Aosta.

Tutte le regioni presentano un tasso di ospedalizzazione per il DH superiore al riferimento normativo del 36%. I ricoveri in DH corrispondono al 31,1% del totale. Per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione in regime diurno le regioni con valori estremi sono la Liguria (88,8%) ed il Friuli Venezia Giulia (37,3%). Presentano valori molto superiori alla media nazionale anche la Campania e la Sicilia.

L'analisi del trend mette in evidenza una costante riduzione dei tassi di ospedalizzazione. Per il tasso complessivo la riduzione è del 3,0% nel 2008 rispetto al 2007 e dell'8,0% rispetto al 2006. Per la modalità di ricovero in Regime Ordinario la riduzione è del 2,9% rispetto al 2007 e del 6,9% rispetto al 2006; per il ricovero diurno la riduzione è del 3,3% rispetto al 2007 e del 10,3% rispetto al 2006.

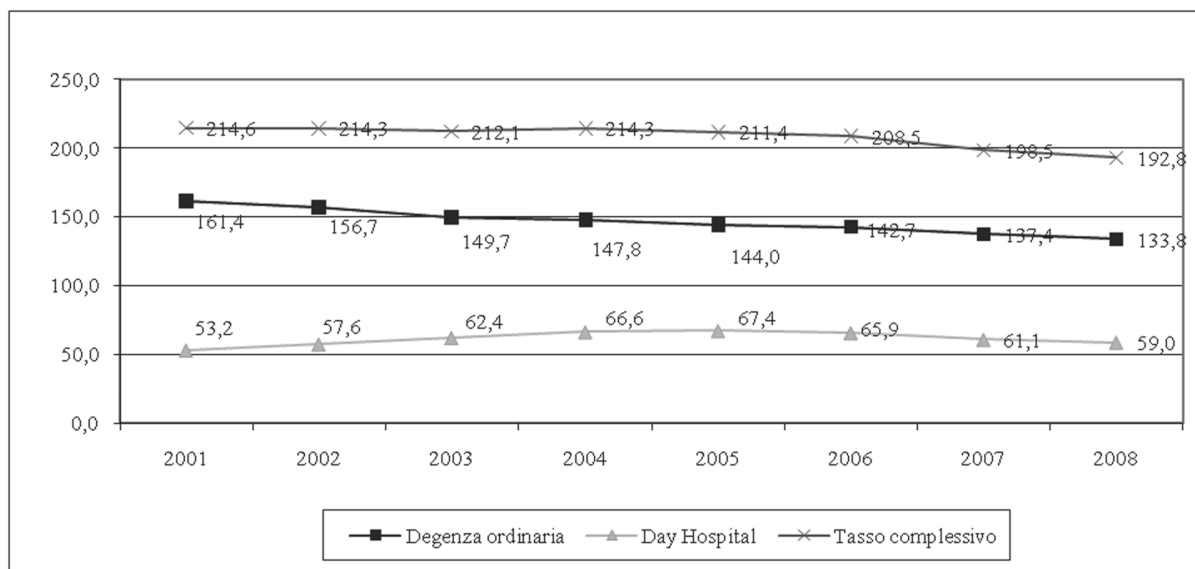
La maggiore riduzione del tasso di ospedalizzazione complessivo, si rileva in alcune delle regioni con valore di partenza più elevato: Abruzzo (263,1% nel

2005 vs 199,9% nel 2008), Lazio (247,0% nel 2005 vs 198% nel 2008), Sicilia (260,5% nel 2005 vs 218,3% nel 2008) e Sardegna (226,0 % nel 2005 vs 189,3% nel 2008). Le uniche 2 regioni con un trend in aumento sono Valle d'Aosta (180,8% nel 2005 vs 185,3% nel 2008) e Puglia (215,9% nel 2005 vs 216,3% nel 2008) che già presentava un dato molto al di sopra della media nazionale.

Per quanto riguarda le dimissioni da RO una riduzione del tasso di ospedalizzazione si rileva in tutte le regioni, ad eccezione della Valle d'Aosta (126,3% nel 2005 vs 129,6% nel 2008). Le regioni con una riduzione più consistente sono, come per il tasso complessivo, Abruzzo (192,3% nel 2005 vs 141,0% nel 2008), Lazio (152,5% nel 2005 vs 131,2% nel 2008), Molise (175,4% nel 2005 vs 149,0% nel 2008) e Sardegna (159,2% nel 2005 vs 135,1% nel 2008).

Per quanto riguarda le dimissioni da ricovero diurno si rileva una notevole riduzione del tasso di ospedalizzazione in Lazio (94,4% nel 2005 vs 66,7% nel 2008), Sicilia (107,2% nel 2005 vs 83,4% nel 2008) e Lombardia (60,3% nel 2005 vs 42,3% nel 2008), che già presentava nel 2005 valori al di sotto della media nazionale. Per contro, si rileva un incremento del tasso specialmente in Basilicata (67,1% nel 2005 vs 70,9% nel 2008), Puglia (48,1% nel 2005 vs 56,2% nel 2008) e Calabria (65,7% nel 2005 vs 71,5% nel 2008).

Grafico 1 - Tassi grezzi di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per regime di ricovero - Anni 2001-2008



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

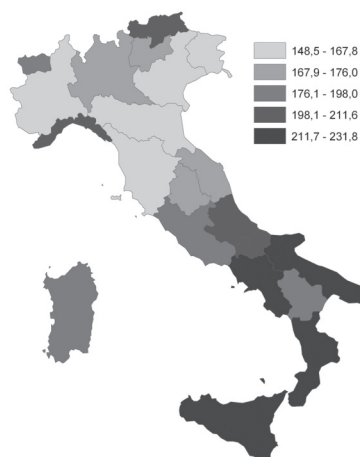
Tabella 1 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) da istituti pubblici e privati accreditati per regione e regime di ricovero - Anni 2005-2008

Regioni	2005			2006			2007			2008		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	110,7	60,7	171,4	109,3	61,8	171,2	107,5	61,3	168,8	105,8	62,0	167,8
Valle d'Aosta	126,3	54,5	180,8	125,1	55,4	180,5	129,2	56,8	186,0	129,6	55,7	185,3
Lombardia	140,6	60,3	200,9	138,6	58,8	197,4	134,5	45,2	179,7	132,8	42,3	175,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>158,4</i>	<i>49,2</i>	<i>207,6</i>	<i>154,2</i>	<i>50,1</i>	<i>204,3</i>	<i>153,9</i>	<i>51,5</i>	<i>205,5</i>	<i>149,3</i>	<i>49,7</i>	<i>199,0</i>
Trento	126,6	54,9	181,5	124,3	56,3	180,6	122,4	56,7	179,1	119,6	56,5	176,0
Veneto	122,5	53,8	176,4	119,3	50,4	169,8	115,2	45,6	160,8	112,2	41,7	153,8
Friuli Venezia Giulia	115,5	37,3	152,8	114,1	37,0	151,2	113,4	36,2	149,6	111,2	37,3	148,5
Liguria	125,3	98,4	223,8	122,0	90,1	212,1	118,9	88,0	207,0	116,8	88,8	205,6
Emilia-Romagna	128,8	45,9	174,7	127,7	43,5	171,2	126,0	42,9	168,9	123,9	42,1	166,0
Toscana	109,5	52,1	161,6	106,1	52,0	158,1	103,1	51,0	154,1	100,3	51,0	151,3
Umbria	120,1	60,6	180,7	117,9	58,6	176,5	117,8	58,4	176,2	115,4	57,3	172,7
Marche	130,6	45,5	176,1	129,4	45,8	175,3	126,6	46,5	173,2	124,3	47,1	171,4
Lazio	152,5	94,4	247,0	147,5	80,3	227,8	136,5	67,7	204,2	131,2	66,7	198,0
Abruzzo	192,3	70,7	263,1	183,9	68,3	252,2	158,6	58,9	217,5	141,0	58,8	199,9
Molise	175,4	61,2	236,6	171,4	63,7	235,1	165,1	63,5	228,6	149,0	62,6	211,6
Campania	162,0	78,1	240,1	161,1	77,8	238,9	155,4	77,4	232,9	151,8	79,9	231,8
Puglia	167,8	48,1	215,9	170,0	50,5	220,6	166,5	53,9	220,4	160,1	56,2	216,3
Basilicata	136,2	67,1	203,3	133,3	72,1	205,4	123,5	72,1	195,7	122,0	70,9	192,8
Calabria	163,2	65,7	228,9	161,7	69,3	231,0	150,0	67,9	217,9	143,0	71,5	214,5
Sicilia	153,3	107,2	260,5	151,3	112,1	263,4	140,0	101,8	241,8	134,9	83,4	218,3
Sardegna	159,2	66,8	226,0	148,2	55,0	203,2	139,6	57,6	197,2	135,1	54,3	189,3
Italia	141,0	66,8	207,8	138,6	64,9	203,6	132,9	60,2	193,1	129,1	58,2	187,3

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

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

Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) da istituti pubblici e privati accreditati per regione. Anno 2008



Raccomandazioni di Osservasalute

I recenti piani sanitari, nazionali e regionali propongono una revisione della rete ospedaliera esistente ponendo, quale obiettivo prioritario, un riequilibrio tra i livelli di assistenza sanitaria. A tal fine è auspicata una riallocazione delle risorse e, quindi, dell'offerta assistenziale secondo linee che tendono a promuovere la prevenzione ed a potenziare le forme di assistenza alternative al tradizionale ricovero ospedaliero, in particolare l'assistenza territoriale e distrettuale, un incremento del ricovero diurno, l'introduzione di interventi riabilitativi e di lungodegenza in ambito residenziale e domiciliare, una programmazione sanitaria volta all'abbattimento dei tempi di attesa e l'adozione di sistemi di valutazione circa l'appropriatezza della modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

L'obiettivo normativo fissato dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 di raggiungere entro il 2007 il tasso di ospedalizzazione complessivo di 180 ricoveri per 1.000 residenti, di cui un 20% relativo ai ricoveri in regime diurno, non sembra ancora alla portata della maggioranza delle regioni, tra cui tutte quelle dell'Italia meridionale ed insulare.

Anche se in questi ultimi anni si è avuta una complessiva riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri su tutto il territorio nazionale, in particolare a seguito delle azioni dettate dal DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, la contrazione dell'ospedalizzazione è ancora piuttosto contenuta, persiste una forte differenza regionale e si deve constatare che in alcune realtà le riorganizzazioni previste ed intraprese stentano a tradursi nei risultati attesi.

I provvedimenti emanati nel 2001 per la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri e le scelte sulla struttura e sull'organizzazione dell'offerta attuate da alcune regioni, hanno determinato un trasferimento di alcune prestazioni sanitarie in DH/DS con la conseguente contrazione del numero di ricoveri in degenza ordinaria. Contemporaneamente, però, si è anche verificato un incremento, in alcuni casi significativo, della domanda per cui è necessario monitorare nel tempo il processo di ospedalizzazione, al fine di definire ed attuare misure correttive adeguate per la razionalizzazione della rete ospedaliera ed un'efficace integrazione della stessa con i servizi sanitari territoriali.

Ospedalizzazione per età e tipologia di attività

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

della popolazione e ciò è da attribuire, anche in parte, all'organizzazione dell'offerta di prestazioni sanitarie presso strutture assistenziali di pertinenza territoriale. I tassi di ospedalizzazione, calcolati a livello regionale, per classi di età e per tipologia di assistenza erogata, consentono di evidenziare il fenomeno ed eventuali differenze geografiche.

Tasso di dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività*

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

Dimissioni ospedaliere, per classi di età e tipo di attività¹
Popolazione media residente

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

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

Validità e limiti. Le Schede di Dimissione Ospedaliere (SDO), considerate nel calcolo dell'indicatore, sono relative alle dimissioni effettuate, in regime di Ricovero Ordinario (RO), nel corso del 2008, dagli istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Sono state escluse le dimissioni dei neonati sani, dei pazienti non residenti in Italia e di coloro per i quali non è stato possibile calcolare l'età per la presenza di errori nella data di nascita e/o data di ricovero.

È opportuno precisare che nella banca dati complessiva possono essere presenti più schede di dimissione da attribuire ad un medesimo paziente, con riferimento ad un unico episodio di ricovero: infatti, se un paziente viene trasferito, all'interno di uno stesso istituto, da una tipologia di attività ad un'altra (ad esempio da un reparto per acuti ad uno di riabilitazione) o da una modalità di ricovero all'altra (dal regime diurno a quello ordinario e viceversa), devono essere compilate 2 distinte schede di dimissione, una per ciascuna tipologia di attività erogata o regime di ricovero.

L'indicatore include, inoltre, i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto relativi a differenti episodi di ricovero avuti nel corso dell'anno.

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

Descrizione dei risultati

Le tabelle mostrano la distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione specifici per classi di età, distintamente per le varie tipologie di attività ospedaliere

(acuti, riabilitazione, lungodegenza). Rispetto ai dati relativi alle SDO 2007 (Rapporto Osservasalute 2009, pagg. 343-345), si nota una tendenza alla diminuzione dei valori dei tassi di ospedalizzazione per acuti e dei ricoveri in regime ordinario di riabilitazione; un aumento, invece, per i ricoveri di lungodegenza.

Per quanto riguarda i ricoveri ordinari nelle discipline per acuti, in tutte le regioni i valori più elevati si evidenziano nelle classi di età estreme (Tabella 1, Grafico 1). Si osserva, inoltre, che il tasso di ospedalizzazione per tutte le fasce d'età ed, in particolar modo, per i soggetti con età compresa fra 65-74 anni, è mediamente più elevato nelle regioni del Sud rispetto a quelle del Centro-Nord.

Relativamente all'attività di riabilitazione sono state considerate classi di età più ampie, perché vi ricorrono più frequentemente pazienti anziani. In particolare, si osserva come il tasso di ospedalizzazione assuma valori più elevati per la classe degli ultra 75enni e con considerevole variabilità tra le regioni. Ciò è certamente da attribuire alla diversa progettazione sia delle reti ospedaliere che dei servizi territoriali, anche in termini di dotazione di strutture specializzate nell'assistenza riabilitativa.

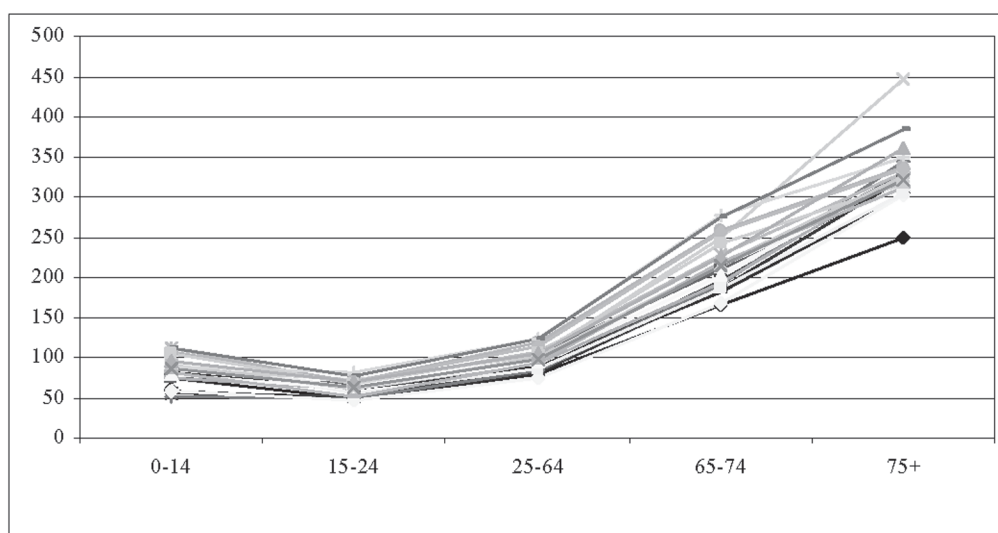
Per quanto riguarda l'attività di lungodegenza, il tasso di ospedalizzazione assume valori di rilievo per la classe di età estrema, che comprende gli anziani di 75 anni ed oltre. Anche per questo tipo di assistenza, come per la riabilitazione, emergono notevoli differenze geografiche. I tassi di ospedalizzazione mostrano una modesta attività di lungodegenza in Valle d'Aosta (0,2 per 1.000), Liguria (0,4 per 1.000) ed Umbria (1,9 per 1.000), mentre i valori più elevati si osservano in Emilia-Romagna (46,6 per 1.000), PA di Bolzano (32,8 per 1.000) e PA di Trento (26,2 per 1.000).

Tabella 1 - Tassi (specifici e standardizzati per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per acuti, per regione - Anno 2008

Regioni	Classi di età					Tassi std
	0-14	15-24	25-64	65-74	75+	
Piemonte	75,3	48,4	79,3	165,5	249,0	98,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	75,2	68,6	105,2	209,6	328,6	126,0
Lombardia	93,3	63,1	98,4	213,1	314,5	123,4
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>85,3</i>	<i>72,6</i>	<i>101,6</i>	<i>249,1</i>	<i>446,9</i>	<i>139,7</i>
<i>Trento</i>	<i>56,4</i>	<i>50,1</i>	<i>84,9</i>	<i>196,5</i>	<i>325,4</i>	<i>108,3</i>
Veneto	58,3	49,0	82,0	185,8	323,8	105,5
Friuli Venezia Giulia	50,3	48,7	83,7	189,8	344,8	107,5
Liguria	81,3	59,5	88,1	181,3	301,9	111,2
Emilia-Romagna	74,3	59,9	91,9	193,8	328,5	115,8
Toscana	57,7	46,7	74,1	167,0	302,1	97,1
Umbria	93,2	56,3	86,4	187,2	304,3	112,4
Marche	78,3	60,7	95,8	203,1	326,7	119,4
Lazio	90,7	61,2	100,2	215,2	324,7	124,8
Abruzzo	111,0	68,0	107,4	229,0	329,1	134,3
Molise	107,2	70,4	118,5	258,8	337,6	144,0
Campania	87,3	80,4	122,6	276,1	348,8	147,3
Puglia	111,3	77,2	124,1	274,1	383,6	153,9
Basilicata	82,2	50,5	93,1	218,1	311,5	117,6
Calabria	94,4	70,0	113,1	254,7	335,9	138,6
Sicilia	104,5	66,9	104,2	241,9	316,3	131,7
Sardegna	94,9	69,2	105,1	226,5	360,2	133,2
Italia	86,0	63,7	98,3	213,5	321,5	122,9

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

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

Grafico 1 - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di RO per acuti - Anno 2008

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

Tabella 2 - Tassi (specifici e standardizzati per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per riabilitazione, per regione - Anno 2008

Regioni	Classi di età				Tassi std
	0-44	45-64	65-74	75+	
Piemonte	1,0	5,8	17,9	24,1	5,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,6	4,4	12,8	9,7	3,6
Lombardia	1,5	7,5	24,3	39,0	8,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,5</i>	<i>4,3</i>	<i>15,1</i>	<i>30,0</i>	<i>5,4</i>
<i>Trento</i>	<i>1,3</i>	<i>8,1</i>	<i>26,4</i>	<i>32,2</i>	<i>8,2</i>
Veneto	0,7	4,0	14,1	19,6	4,4
Friuli Venezia Giulia	0,8	2,6	7,2	8,2	2,5
Liguria	1,0	5,4	16,4	21,4	5,4
Emilia-Romagna	0,5	2,6	8,0	8,5	2,5
Toscana	0,6	2,4	7,6	10,6	2,6
Umbria	0,6	3,3	8,6	8,0	2,7
Marche	0,5	2,4	7,8	8,6	2,4
Lazio	0,8	4,3	15,2	27,6	5,4
Abruzzo	0,8	4,3	15,5	20,9	4,9
Molise	0,7	4,5	12,3	17,1	4,2
Campania	0,5	2,6	8,2	11,0	2,7
Puglia	0,9	4,6	14,9	17,6	4,7
Basilicata	0,7	3,4	10,2	13,3	3,4
Calabria	0,8	3,6	10,8	11,4	3,4
Sicilia	0,8	2,7	8,1	7,8	2,6
Sardegna	0,4	1,3	3,8	4,7	1,3
Italia	0,8	4,2	13,8	19,1	4,6

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

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

Tassi (specifici e standardizzati per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime ordinario per riabilitazione per la classe 75 anni ed oltre, per regione - Anno 2008

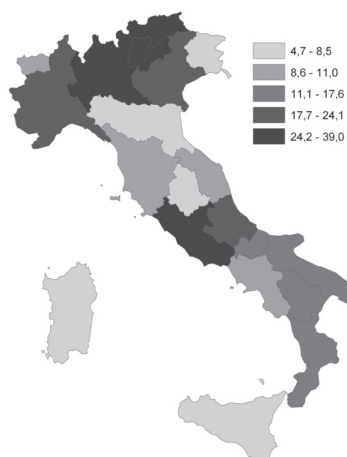


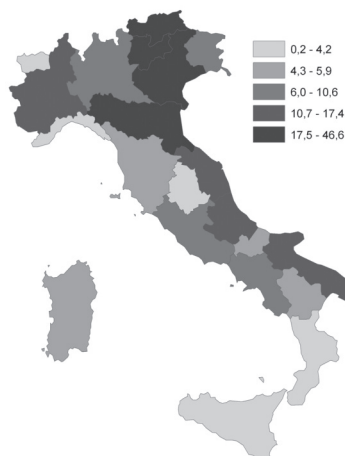
Tabella 3 - Tassi (specifici e standardizzati per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per lungodegenza, per regione - Anno 2008

Regioni	Classi di età			Tassi std
	0-64	65-74	75+	
Piemonte	0,3	3,4	14,3	1,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,0	0,0	0,2	0,1
Lombardia	0,1	1,8	7,8	0,9
Bolzano-Bozen	0,7	8,3	32,8	4,2
Trento	0,4	5,4	26,2	3,1
Veneto	0,3	4,1	18,4	2,2
Friuli Venezia Giulia	0,2	2,0	10,6	1,2
Liguria	0,0	0,2	0,4	0,1
Emilia-Romagna	0,9	11,1	46,6	5,7
Toscana	0,1	0,9	5,3	0,6
Umbria	0,1	0,7	1,9	0,3
Marche	0,8	4,0	17,4	2,5
Lazio	0,1	1,4	9,2	1,0
Abruzzo	0,4	3,9	14,1	1,9
Molise	0,2	1,5	5,7	0,7
Campania	1,0	3,3	7,5	1,8
Puglia	0,3	3,4	11,5	1,5
Basilicata	0,2	2,4	5,9	0,9
Calabria	0,5	2,4	4,2	1,0
Sicilia	0,1	1,4	3,8	0,6
Sardegna	0,1	1,1	4,3	0,6
Italia	0,3	3,1	12,5	1,6

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

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

Tassi (specifici e standardizzati per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per lungodegenza per la classe 75 anni ed oltre, per regione. Anno 2008



Raccomandazioni di Osservasalute

La lettura congiunta degli indicatori esaminati evidenzia maggiori e più specifici bisogni assistenziali nelle fasce di età estreme, nonché una discreta variabilità regionale nell'accesso ad alcune forme di assistenza, quali la riabilitazione e la lungodegenza. Questo induce a porre un'adeguata attenzione nella

pianificazione dell'offerta sanitaria, al fine di migliorare la capacità di risposta del sistema ai bisogni di salute della popolazione ed a rendere più appropriato l'utilizzo dell'ospedale per le patologie acute e più efficace l'integrazione ospedale-territorio, a garanzia dell'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

Ricoveri ed accessi in Day Hospital, Day Surgery e “One Day Surgery”

Significato. Gli indicatori proposti si riferiscono all’attività di ricovero svolta nelle discipline per acuti in regime assistenziale diurno (Day Hospital-DH e Day Surgery-DS). Essi sono rappresentati dal numero di ricoveri e di accessi ai servizi ospedalieri diurni, numero medio di accessi per ricovero, ovvero durata media delle prestazioni erogate per cicli terapeutici diurni, e percentuale dei ricoveri di DS sul totale delle dimissioni in modalità diurna. A tali indicatori si aggiunge un ulteriore indicatore rappresentato dalla percentuale di ricoveri in “One Day Surgery”, rispet-

to al totale delle dimissioni con DRG chirurgico con degenza ordinaria. La modalità di ricovero in “One Day Surgery” consiste, infatti, in un ricovero per intervento chirurgico con degenza breve, non superiore alla durata di 1 giorno.

Gli indicatori forniscono misure di appropriatezza dell’utilizzo della struttura ospedaliera per acuti evidenziando la prevalenza dei casi medici su quelli chirurgici in ricovero diurno e l’erogazione di prestazioni ospedaliere in “One Day Surgery”.

Numero medio di accessi in Day Hospital e Day Surgery

Numeratore Accessi totali in regime di Day Hospital o Day Surgery

Denominatore Dimissioni totali in Day Hospital o Day Surgery

Percentuale di ricoveri in Day Surgery

Numeratore Ricoveri totali con DRG chirurgico in regime di Day Surgery

Denominatore Dimissioni totali in Day Hospital o Day Surgery

Percentuale di ricoveri in “One Day Surgery”

Numeratore Ricoveri totali con DRG chirurgico e giornate di degenza di 0-1 giorno in regime ordinario

Denominatore Dimissioni totali in regime di ricovero ordinario con DRG chirurgico

Validità e limiti. Nel calcolo del numero medio di accessi sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti in regime di DH e DS, effettuati presso tutti gli istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio nazionale nell’anno 2008.

Per la selezione dei ricoveri in DS, ossia il secondo indicatore, si utilizza la classificazione DRG XIX versione con la specifica di DRG chirurgico.

Occorre cautela nella lettura dei dati a causa della diversa modalità di registrazione dei ricoveri in DH da parte delle regioni. In alcuni casi le regole regionali di dimissione seguono correttamente le indicazioni fornite a livello nazionale, cioè a completamento di un ciclo programmato di accessi, mentre in altri casi si effettua una dimissione amministrativa forzata, ad esempio trimestrale o mensile. Ciò determina in questi ultimi casi un incremento fittizio del numero di ricoveri. Inoltre, le differenze regionali rilevate nella percentuale di ricoveri in DS possono essere dovute ad una diversa organizzazione dell’offerta delle prestazioni in regime di Ricovero Ordinario (RO) ed in ambito ambulatoriale.

Nel calcolo della percentuale di ricoveri in “One Day Surgery” sul totale dei ricoveri chirurgici in regime

ordinario per la selezione dei ricoveri in “One Day Surgery”, si utilizza la classificazione DRG XIX, versione con la specifica di DRG chirurgico e durata della degenza di 0-1 giorno.

Per una migliore comprensione delle diciture riportate nelle tabelle, con DH si intendono le dimissioni per acuti con DRG medico o non classificato, mentre con DS le dimissioni con DRG chirurgico. Nello specifico la “One Day Surgery” riguarda i casi di dimissione in regime ordinario, con durata della degenza non superiore ad 1 giorno e DRG chirurgico.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi specifici. Si può ipotizzare come standard il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Il numero medio di accessi è pari, a livello nazionale a 3,69 accessi per prestazioni di tipo medico ed a 1,57 accessi per prestazioni di tipo chirurgico. La distribuzione regionale evidenzia una maggiore variabilità per le prestazioni di tipo medico, passando da 2,39 accessi medi della Puglia a 7,96 dell’Emilia-Romagna.

Su tale variabilità incidono le patologie trattate, ma

sicuramente anche le differenti modalità amministrative. Infatti, è rilevabile una correlazione inversa tra il numero medio di accessi e la numerosità dei ricoveri in DH, ad esempio in Emilia-Romagna ci sono 7,96 accessi medi a fronte di 87.577 dimessi, in Lombardia 3,10 accessi vs di 237.458 dimessi ed in Campania 2,90 accessi vs 286.426 dimessi.

Non si dimentichi l'utilizzo, talvolta improprio, della modalità assistenziale di DH per attività che potrebbero essere agevolmente effettuate in ambito ambulatoriale. Ciò in particolare si verifica per il DH diagnostico piuttosto che per quello terapeutico.

La percentuale di ricoveri in DS sul totale dei ricoveri diurni è in aumento rispetto agli anni passati e si

attesta al 46,42% nel 2008. La variabilità regionale è particolarmente significativa e denota un utilizzo differente dei regimi assistenziali ospedalieri. In generale, i valori sono decisamente più elevati nelle regioni del Centro-Nord, piuttosto che nelle regioni meridionali. Le regioni che presentano percentuali di DS più contenuti rispetto ai ricoveri diurni sono Lazio, Campania e Calabria, con percentuali che superano appena il 30%.

Anche le dimissioni in "One Day Surgery", che a livello nazionale rappresentano il 16,22% delle dimissioni in regime ordinario, presentano una elevata variabilità a livello territoriale. Si passa dal 5% circa della Toscana e Sicilia al 29% circa delle Marche.

Tabella 1 - Numero di ricoveri e numero medio di accessi in DH e DS per regione - Anno 2008

Regioni	DH			DS		
	Dimessi	Accessi	N medio accessi	Dimessi	Accessi	N medio accessi
Piemonte	93.673	401.364	4,28	193.333	213.768	1,11
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2.803	16.696	5,96	3.314	3.668	1,11
Lombardia	237.458	736.328	3,10	185.279	195.374	1,05
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>9.711</i>	<i>35.838</i>	<i>3,69</i>	<i>15.638</i>	<i>17.624</i>	<i>1,13</i>
<i>Trento</i>	<i>6.869</i>	<i>37.769</i>	<i>5,50</i>	<i>19.250</i>	<i>24.002</i>	<i>1,25</i>
Veneto	62.707	228.551	3,64	140.937	235.987	1,67
Friuli Venezia Giulia	21.076	122.085	5,79	29.585	53.989	1,82
Liguria	96.393	374.979	3,89	55.157	112.856	2,05
Emilia-Romagna	87.577	696.839	7,96	108.659	169.484	1,56
Toscana	89.070	441.413	4,96	118.496	139.149	1,17
Umbria	23.195	86.978	3,75	30.624	41.578	1,36
Marche	25.810	126.800	4,91	52.163	52.997	1,02
Lazio	257.320	895.267	3,48	116.478	291.861	2,51
Abruzzo	31.789	141.887	4,46	45.131	68.102	1,51
Molise	12.228	41.755	3,41	9.519	14.418	1,51
Campania	286.426	831.181	2,90	142.737	355.436	2,49
Puglia	118.939	283.676	2,39	91.676	142.998	1,56
Basilicata	24.070	76.945	3,20	16.964	37.722	2,22
Calabria	85.885	279.107	3,25	37.648	58.974	1,57
Sicilia	241.479	857.602	3,55	161.056	263.366	1,64
Sardegna	48.244	158.294	3,28	39.508	44.544	1,13
Italia	1.862.722	6.871.354	3,69	1.613.152	2.537.897	1,57

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Tabella 2 - Percentuale di ricoveri in DS e "One Day Surgery", per regione - Anno 2008

Regioni	DS	One Day Surgery
Piemonte	67,41	15,14
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	54,18	12,56
Lombardia	43,90	25,51
Bolzano-Bozen	63,61	7,35
Trento	73,70	7,40
Veneto	69,21	13,84
Friuli Venezia Giulia	58,40	25,63
Liguria	36,39	6,98
Emilia-Romagna	55,17	24,93
Toscana	57,17	5,49
Umbria	56,90	13,65
Marche	66,90	28,76
Lazio	31,33	11,76
Abruzzo	58,30	9,93
Molise	44,09	6,79
Campania	33,26	10,40
Puglia	43,53	17,42
Basilicata	41,34	9,33
Calabria	30,33	16,15
Sicilia	40,01	4,80
Sardegna	45,02	11,94
Italia	46,42	16,22

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

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

La riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri,

anche se risulta già avviata da alcuni anni, in particolare a seguito del DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei livelli di assistenza, è ancora piuttosto contenuta. I provvedimenti emanati nel 2001 per la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri hanno determinato un trasferimento di alcune prestazioni sanitarie in DH/DS con la conseguente contrazione del numero di ricoveri in degenza ordinaria.

Contemporaneamente, però, si è verificato un incremento, in alcuni casi significativo, della domanda per cui è necessario monitorare nel tempo il processo di ospedalizzazione, al fine di produrre misure correttive adeguate per la razionalizzazione della rete ospedaliera ed un'efficace integrazione della stessa con i servizi sanitari territoriali.

Ospedalizzazione per DRG medici e chirurgici

Significato. L'indicatore è elaborato in funzione del tipo di DRG generato dal ricovero: i Tassi di Dimissione (TD) per DRG medico e chirurgico sono messi a confronto per valutare il contributo fornito da ciascuna componente ai TD complessivi nell'ambito di ogni regione. Le differenze regionali sono state analizzate, inoltre, anche in funzione delle modalità di ricovero prevalentemente utilizzate (degenza ordinaria ovvero diurna).

La variabilità regionale del TD generale si riflette, naturalmente, anche sui TD per DRG Medici (TD Med) e Chirurgici (TD Ch). La variabilità geografica fornisce una rappresentazione abbastanza efficace delle politiche attuate dalle diverse regioni in termini di dimensione dell'offerta ospedaliera, di contrasto dei ricoveri inappropriati, di organizzazione dei servizi di Pronto Soccorso e di diagnosi strumentale e di decentramento dell'assistenza verso *setting* assistenziali extradegenza o verso i servizi distrettuali.

Le differenze del TD Med sono, in massima parte, spiegabili dalle variabili legate alla struttura dell'of-

ferta ed alle politiche organizzative di governo della domanda. Il TD Ch è, certamente, correlato alla dimensione dell'offerta, ma a tale riguardo è importante considerare anche altri fattori che determinano le caratteristiche del servizio reso in termini di accesso ed erogazione delle prestazioni chirurgiche, in particolare, quando si evidenziano situazioni di sovra o sotto utilizzo delle stesse. Tra questi fattori, l'operato dei medici e la capacità di scelta dei pazienti, rivestono un ruolo di rilievo. È noto, infatti, che le indicazioni all'intervento chirurgico non sono sempre definite univocamente dalle società scientifiche e/o non univocamente recepite dai professionisti e che l'asimmetria informativa tra medico e paziente, non sempre consente a quest'ultimo di valutare adeguatamente l'appropriatezza del percorso assistenziale proposto. Quest'anno si è deciso di analizzare le variazioni del TD, tra il 2001 ed il 2008, per valutare i diversi comportamenti delle regioni dopo l'introduzione dell'autonomia regionale in ambito sanitario.

Tasso di dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici*

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

Dimissioni per DRG medici e chirurgici
Popolazione media residente

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

Validità e limiti. Nel calcolo del tasso di ospedalizzazione sono stati considerati i soli ricoveri ospedalieri per acuti escludendo i ricoveri per lungodegenza e riabilitazione. Quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina ed a popolazioni confrontabili per caratteristiche demografiche ed epidemiologiche, il TD esprime la domanda soddisfatta. Quando si confrontano dati relativi al complesso della casistica trattata in un determinato contesto geografico intervengono anche dei fattori confondenti per cui deve essere posta la massima attenzione alla possibile variabilità determinata da differenze demografiche ed epidemiologiche esistenti nelle diverse realtà. Per evitare di sottovalutare tali aspetti ed attenuare, almeno in parte, il fattore di confondimento dovuto alla diversa composizione per età della popolazione, i TD sono stati standardizzati per età con riferimento alla popolazione media residente in Italia nel 2001. Inoltre, qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei tassi di ospedalizzazione in regime di Day Hospital (DH) medico, in quanto alcune regioni hanno adottato proprie modalità di registrazione dei cicli e degli accessi effettuati in regime diurno. Per i DRG chirurgici

occorre tenere conto del fatto che alcune regioni, soprattutto del Centro e del Nord, hanno attivato percorsi ambulatoriali extradegenza per l'esecuzione di interventi chirurgici di bassa complessità e con alta incidenza (ad esempio decompressione tunnel carpale, interventi sul cristallino etc.).

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per i tassi di ospedalizzazione dei ricoveri di tipo medico o chirurgico. Il confronto dei tassi regionali con il valore medio nazionale consente di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero per le 2 tipologie considerate. È opportuno, peraltro, precisare che, per i ricoveri di tipo medico, i TD più bassi possono fornire una misura abbastanza significativa delle reali capacità di contenere l'ospedalizzazione e contrastare l'inappropriatezza dei ricoveri. Al contrario, per i DRG chirurgici, gli scostamenti dalla media nazionale, sia in senso positivo che negativo, consentono solo una descrizione del fenomeno ed, in assenza di ulteriori e più approfondite indagini, non permettono di trarre conclusioni certe riguardo all'appropriatezza dell'offerta ed al governo della domanda.

Descrizione dei risultati

I DRG medici, nel 2008, rappresentano il 59,2% di tutti i ricoveri, mentre i DRG chirurgici il 40,8% (Tabella 1). In regime ordinario e diurno, i DRG medici rappresentano, rispettivamente, il 61,8% ed il 53,7% di tutti i DRG, mentre lo stesso confronto per i DRG chirurgici fornisce valori, rispettivamente, di 38,2% ed 46,3%.

Il confronto dei dati del 2001 rispetto a quelli del 2008 mostra che la quota rappresentata dai DRG medici negli ultimi anni si è sensibilmente ridotta (dal 65,0% al 59,2% di tutti i ricoveri) con un contributo molto alto della componente diurna passata dal 66,0% al 53,7%. Di converso, è aumentata la componente chirurgica tanto che, nel 2008, la quota rappresentata dai DRG chirurgici ha superato la soglia del 40%, seguendo un trend rilevato da anni anche a livello internazionale. Questo andamento è evidente per la componente in Ricovero Ordinario (RO), ma è soprattutto marcato per il ricovero in regime diurno, passato dal 34,0% al 46,3% di tutti i ricoveri diurni.

Dalle Tabelle 2-5 si evidenzia il contributo dei TD Med e Ch, rispettivamente pari a 106,6 e 73,4 per 1.000 abitanti.

Di seguito viene descritto il confronto dei dati regionali per i TD dei DRG medici e chirurgici.

TD DRG medici

Il valore medio nazionale del TD standardizzato per i DRG medici è passato da 111,4 per 1.000 nel 2007 a 106,6 per 1.000 nel 2008. Le Tabelle 2 e 3 ed il Grafico 1, illustrano l'elevata variabilità regionale del TD standardizzato per i DRG medici. La differenza rilevata tra il valore minimo del Friuli Venezia Giulia (76,4 per 1.000) ed il valore massimo della Campania (150,6 per 1.000), è pari a 74,2 ricoveri per 1.000 abitanti e, sebbene ancora molto ampia, mostra una lieve riduzione rispetto al 2007 (78,9 per 1.000).

Si registra una variabilità maggiore nella tipologia di ricovero in DH, con TD standardizzati che variano da 12,4 per 1.000 in Veneto a 52,6 per 1.000 in Campania, contro un valore medio nazionale pari a 30,5 ricoveri medici in DH per 1.000, dato in lieve riduzione rispetto al 2007, anno in cui il tasso è stato del 32,5 per 1.000. Il range del TD standardizzato in RO è più contenuto e presenta valori che oscillano tra il minimo di 55,9 per 1.000 del Piemonte ed il massimo di 98,6 per 1.000 della Puglia, contro un dato nazionale pari a 76,1 per 1.000, valore in lieve calo anche per questa componente (nel 2007 78,9 per 1.000).

L'analisi dei dati dimostra un evidente gradiente geografico dei TD standardizzati, sia per il RO che per il DH, con valori molto più elevati nelle regioni meridionali ed insulari del Paese e minori nelle regioni Centro-settentrionali, con qualche eccezione. In particolare, la Liguria, la Provincia Autonoma di Bolzano, il Lazio e tutte le regioni del Sud (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna) presentano un

tasso di ospedalizzazione complessivo sensibilmente superiore alla media nazionale. Per buona parte di queste regioni il risultato è determinato da un eccesso di ricoveri sia in RO che DH. La Liguria e la Basilicata presentano un TD standardizzato superiore alla media solo nel DH. La PA di Bolzano, l'Abruzzo e la Sardegna, al contrario, presentano un TD standardizzato elevato solo in RO ed un utilizzo del DH contenuto.

L'analisi dei trend, dal 2001 al 2008 (Tabelle 2-3; Grafici 2-4), evidenzia una riduzione costante del TD standardizzato nazionale per i DRG medici complessivo (dal 137,2 al 106,6 per 1.000) ed in RO (dal 102,2 al 76,1 per 1.000). Questa riduzione è presente in tutte le regioni ed è più evidente in Sardegna ed in Basilicata per il dato complessivo, mentre sempre in Basilicata ed in Abruzzo per il RO.

Per quanto riguarda il DH, il tasso nazionale presenta un lieve aumento fino al 2005 (dal 35,0 al 37,3 per 1.000), successivamente a questa data si registra un costante decremento fino al valore minimo del 30,5 per 1.000 toccato nel 2008.

Se consideriamo le singole regioni, per quanto riguarda i DRG medici in DH, tra il 2001 ed il 2005 assistiamo ad un doppio comportamento: mentre le regioni del Settentrione e del Centro, ad eccezione della PA di Bolzano, della Toscana e del Lazio, mostrano un tasso in diminuzione, le regioni meridionali, ad eccezione della Puglia e della Sardegna, presentano un valore in aumento. Dopo il 2005 si assiste ad una riduzione del valore in tutte le regioni (ad eccezione delle Marche).

TD DRG chirurgici

Le Tabelle 4 e 5 ed il Grafico 5 mostrano la distribuzione regionale del TD standardizzato per i DRG chirurgici. Rispetto ai DRG medici, la variabilità regionale del TD è sensibilmente inferiore e distribuita in maniera abbastanza omogenea tra ricoveri in RO e in Day Surgery (DS). Il range del TD generale oscilla tra il 64,3 per 1.000 abitanti della Toscana e l'85,4 per 1.000 della Valle d'Aosta, con un valore medio nazionale di 73,4 ricoveri per 1.000, confermando i valori registrati nel 2007.

Si rileva un leggero gradiente geografico con TD generalmente più alti nelle regioni del Centro e del Nord, specie per la quota di attività effettuata in DS, che per il 2008 risulta pari al 35,8% di tutti i ricoveri chirurgici. 4 regioni (Abruzzo, Piemonte, Valle d'Aosta e Marche) hanno un TD standardizzato superiore a 80 ricoveri chirurgici per 1.000 abitanti ed altre 6 regioni presentano tassi più contenuti, ma superiori alla media nazionale (PA di Trento e Bolzano, Liguria, Campania, Puglia e Sicilia). 6 regioni (Veneto, Toscana, Sardegna, Friuli Venezia Giulia, Lazio e Calabria) mostrano TD inferiori alla soglia dei 70 ricoveri per 1.000.

Il range dei TD in RO oscilla tra il valore minimo della Toscana (35,4 per 1.000) ed il massimo della Puglia (55,3 per 1.000), con un valore medio nazionale pari a

47,1 per 1.000. Per i ricoveri in DS la media nazionale è pari a 26,3 per 1.000, con valori massimi in Piemonte e PA di Trento (rispettivamente 39,9 e 38,7 per 1.000) e minimi in Lombardia (18,1 per 1.000).

L'analisi dei trend, dal 2001 al 2008 (Tabelle 4-5; Grafici 6-8), mostra che il TD standardizzato per i DRG chirurgici registra un lieve aumento dal 2001 al 2005 (dal 74,0 al 77,7 per 1.000) per ridursi successivamente fino al valore di 73,4 nel 2008. Dal 2001 al 2008 5 regioni presentano un tasso in diminuzione (Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Lazio), andamento che per alcune di queste regioni potrebbe dipendere in parte dal passaggio in regime ambulatoriale di alcuni interventi chirurgici di bassa complessità, mentre tutte le altre hanno un valore in aumento.

Tra il 2001 ed il 2008 il TD standardizzato nazionale per DRG chirurgici in RO si è ridotto da 56,0 a 47,1 per 1.000. Tale fenomeno si registra in tutte le regioni ad eccezione dell'Emilia-Romagna e della Valle d'Aosta.

Le regioni in cui si registra la riduzione più marcata sono la Liguria (dal 59,1 al 41,1 per 1.000) e l'Abruzzo (dal 65,8 al 48,2 per 1.000) che, comunque, nel 2001 presentavano un dato molto più elevato della media nazionale.

Per quanto riguarda il regime di DS si assiste ad un marcato incremento del TD standardizzato dal 2001 al 2005 (dal 18,0 al 28,1 per 1.000) e ad una successiva riduzione dal 2006 con un tasso nel 2008 pari a 26,3 per 1.000. L'analisi dei trend regionali mostra che tutte le regioni, tranne l'Emilia-Romagna, presentano un incremento tra il 2001 ed il 2005, mentre dal 2006 si assiste ad uno sdoppiamento del comportamento con alcune regioni che riducono sensibilmente il tasso. Tra queste spiccano il Lazio e la Lombardia e 13 regioni che presentano un tasso in ulteriore aumento (Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Bolzano e Trento, Toscana, Marche, Friuli Venezia Giulia, la maggior parte delle regioni meridionali e la Sardegna).

Tabella 1 - Distribuzione percentuale dei DRG Medici e Chirurgici nelle diverse componenti di ricovero - Anni 2001, 2008

Regime di ricovero	DRG Medici		DRG Chirurgici	
	2001	2008	2001	2008
Ordinario	64,6	61,8	35,4	38,2
Diurno	66,0	53,7	34,0	46,3
Totale	65,0	59,2	35,0	40,8

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Tabella 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici, per regione e regime di ricovero - Anni 2001-2004

Regioni	2001			2002			2003			2004		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	74,0	29,2	103,2	67,2	27,4	94,5	63,8	24,5	88,2	61,2	23,6	84,8
Valle d'Aosta	90,4	39,4	129,7	80,5	36,0	116,5	76,7	26,3	103,0	72,2	26,7	98,9
Lombardia	93,5	33,0	126,4	86,0	32,6	118,6	80,1	31,8	111,9	76,9	31,2	108,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>126,7</i>	<i>13,5</i>	<i>140,1</i>	<i>119,6</i>	<i>17,4</i>	<i>137,0</i>	<i>113,3</i>	<i>20,0</i>	<i>133,3</i>	<i>103,6</i>	<i>21,7</i>	<i>125,3</i>
<i>Trento</i>	<i>93,9</i>	<i>19,3</i>	<i>113,2</i>	<i>86,8</i>	<i>16,2</i>	<i>103,0</i>	<i>80,3</i>	<i>16,9</i>	<i>97,2</i>	<i>76,1</i>	<i>16,7</i>	<i>92,8</i>
Veneto	88,2	24,5	112,7	82,1	23,8	105,9	77,5	22,7	100,1	73,4	22,2	95,6
Friuli Venezia Giulia	74,2	18,0	92,2	70,0	16,1	86,1	67,8	15,0	82,8	65,9	14,5	80,4
Liguria	97,7	54,8	152,5	89,9	52,5	142,5	85,0	52,1	137,1	79,9	55,4	135,3
Emilia-Romagna	85,3	29,0	114,3	80,1	25,0	105,1	76,3	23,9	100,2	73,4	22,9	96,4
Toscana	84,7	23,2	107,9	80,3	23,5	103,8	74,6	23,2	97,7	70,5	23,7	94,1
Umbria	94,4	38,8	133,1	89,1	33,1	122,3	84,8	30,9	115,8	81,3	30,1	111,3
Marche	96,5	24,0	120,6	87,6	22,3	109,9	80,5	17,6	98,1	77,8	17,2	95,0
Lazio	103,1	38,4	141,6	100,1	43,5	143,6	96,7	50,5	147,2	94,7	52,5	147,2
Abruzzo	137,0	40,6	177,5	134,9	43,6	178,4	125,8	43,6	169,4	126,2	45,3	171,6
Molise	131,1	14,0	145,1	125,3	19,9	145,3	115,5	36,2	151,7	113,9	39,0	152,9
Campania	118,2	38,6	156,8	114,1	41,6	155,7	109,0	46,9	155,9	107,0	53,0	160,0
Puglia	137,7	35,4	173,1	129,7	21,3	151,0	118,7	20,5	139,2	110,1	24,0	134,2
Basilicata	127,2	37,0	164,2	112,7	38,3	151,0	101,0	42,4	143,4	94,5	43,1	137,7
Calabria	132,5	38,2	170,7	127,2	43,8	171,0	118,3	50,2	168,5	114,0	47,1	161,0
Sicilia	122,0	53,7	175,7	125,3	62,8	188,1	116,5	66,9	183,3	111,0	70,9	181,9
Sardegna	110,5	61,4	171,9	114,1	56,3	170,5	112,4	52,4	164,9	110,5	50,5	161,0
Italia	102,2	35,0	137,2	97,3	35,0	132,3	91,5	35,9	127,4	87,9	36,9	124,8

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

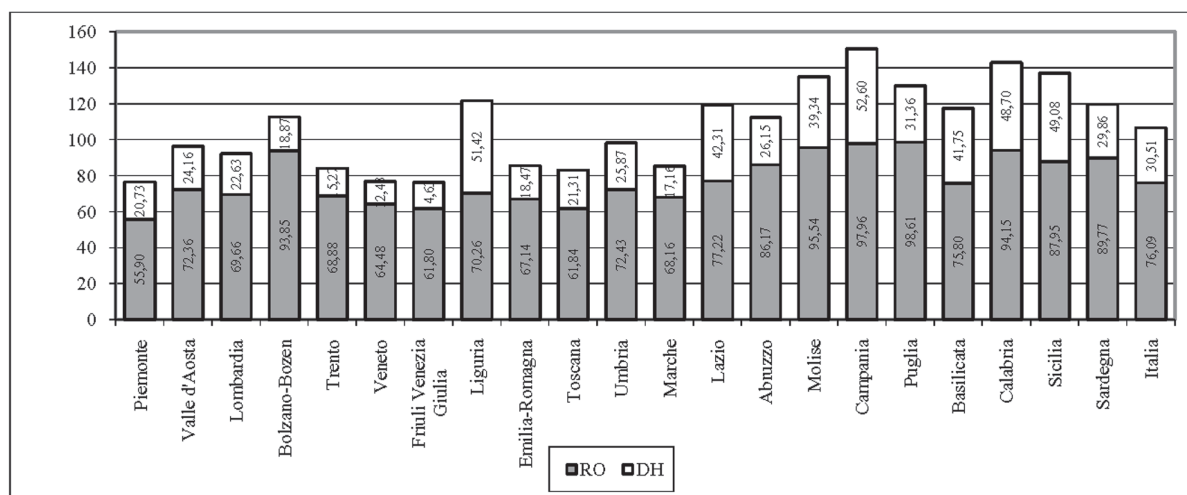
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Tabella 3 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici, per regione e regime di ricovero - Anni 2005-2008

Regioni	2005			2006			2007			2008		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	60,3	22,8	83,0	58,8	22,5	81,3	57,4	21,2	78,7	55,9	20,7	76,6
Valle d'Aosta	70,0	26,2	96,2	67,5	26,1	93,6	71,4	26,2	97,5	72,4	24,2	96,5
Lombardia	75,7	31,1	106,9	73,6	29,1	102,7	71,3	24,0	95,3	69,7	22,6	92,3
Bolzano-Bozen	100,4	22,0	122,4	96,7	21,8	118,6	97,6	21,1	118,7	93,9	18,9	112,7
Trento	73,4	15,8	89,1	72,3	16,1	88,4	70,4	16,4	86,7	68,9	15,3	84,1
Veneto	71,3	21,1	92,4	68,5	19,7	88,2	66,0	16,2	82,2	64,5	12,4	76,9
Friuli Venezia Giulia	65,8	14,4	80,1	64,4	14,7	79,1	62,9	14,4	77,3	61,8	14,6	76,4
Liguria	76,6	54,8	131,5	74,2	52,7	126,9	71,6	51,1	122,7	70,3	51,4	121,7
Emilia-Romagna	71,6	20,5	92,0	69,5	19,3	88,8	68,5	18,8	87,3	67,1	18,5	85,6
Toscana	68,0	23,8	91,8	65,7	23,0	88,7	64,1	21,7	85,7	61,8	21,3	83,2
Umbria	78,3	27,8	106,1	75,6	27,0	102,6	74,5	26,1	100,6	72,4	25,9	98,3
Marche	75,1	16,8	91,9	72,2	16,6	88,8	69,5	17,2	86,8	68,2	17,2	85,3
Lazio	92,1	57,7	149,8	88,5	50,3	138,8	81,5	43,3	124,9	77,2	42,3	119,5
Abruzzo	122,7	46,8	169,5	116,6	41,7	158,2	96,7	29,0	125,7	86,2	26,2	112,3
Molise	113,9	40,2	154,1	110,3	40,6	150,9	106,0	39,5	145,5	95,5	39,3	134,9
Campania	105,4	56,0	161,3	104,4	54,4	158,8	100,3	52,7	152,9	98,0	52,6	150,6
Puglia	108,3	26,9	135,1	107,3	28,4	135,7	103,4	30,4	133,8	98,6	31,4	130,0
Basilicata	89,9	42,8	132,6	84,5	45,2	129,8	76,8	44,3	121,1	75,8	41,8	117,6
Calabria	108,5	48,1	156,5	105,6	49,4	155,0	98,0	47,0	145,0	94,2	48,7	142,8
Sicilia	103,5	70,3	173,7	101,7	72,9	174,6	92,7	63,5	156,2	88,0	49,1	137,0
Sardegna	109,0	47,5	156,6	101,7	33,3	135,0	94,0	31,8	125,7	89,8	29,9	119,6
Italia	85,4	37,3	122,7	83,0	35,7	118,8	78,9	32,5	111,4	76,1	30,5	106,6

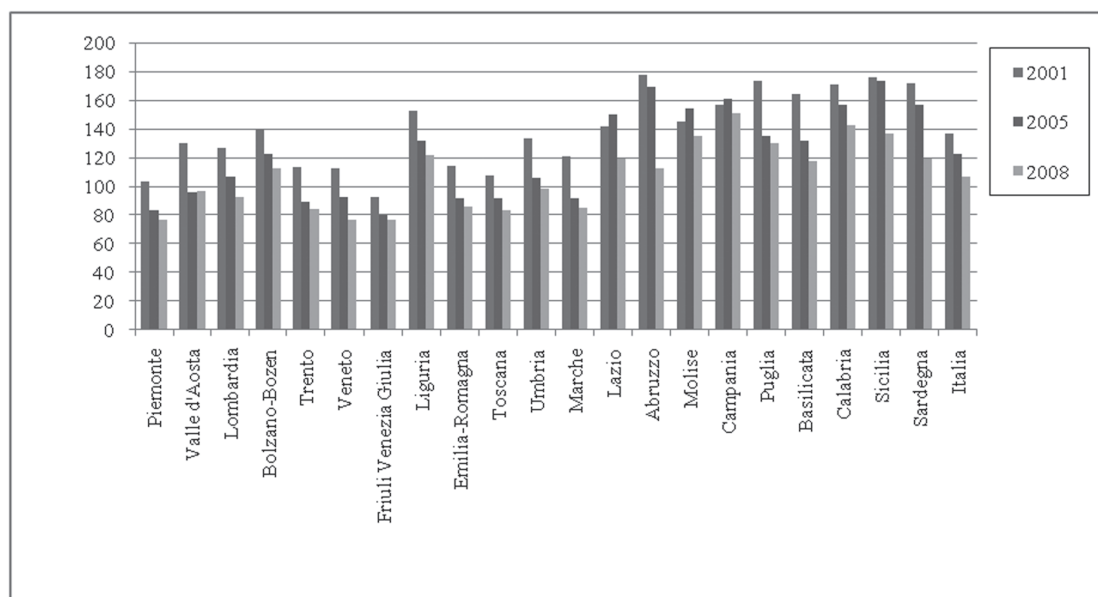
Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

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

Grafico 1 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici, per regione e regime di ricovero - Anno 2008

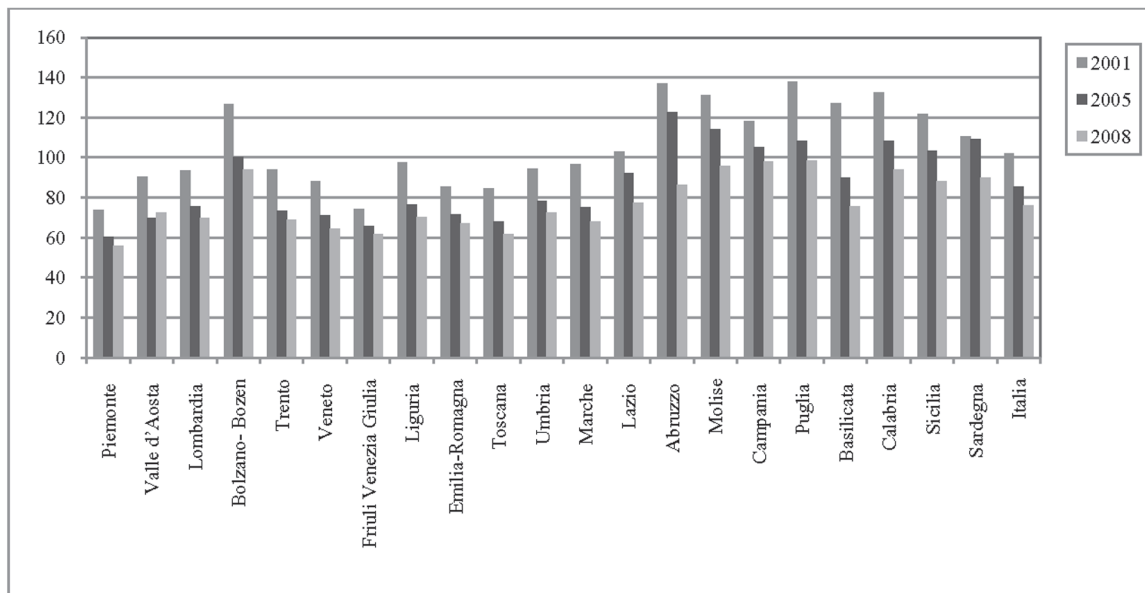
Fonte dei dati: Ministero della Salute - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Grafico 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici, per regione - Anni 2001, 2005, 2008

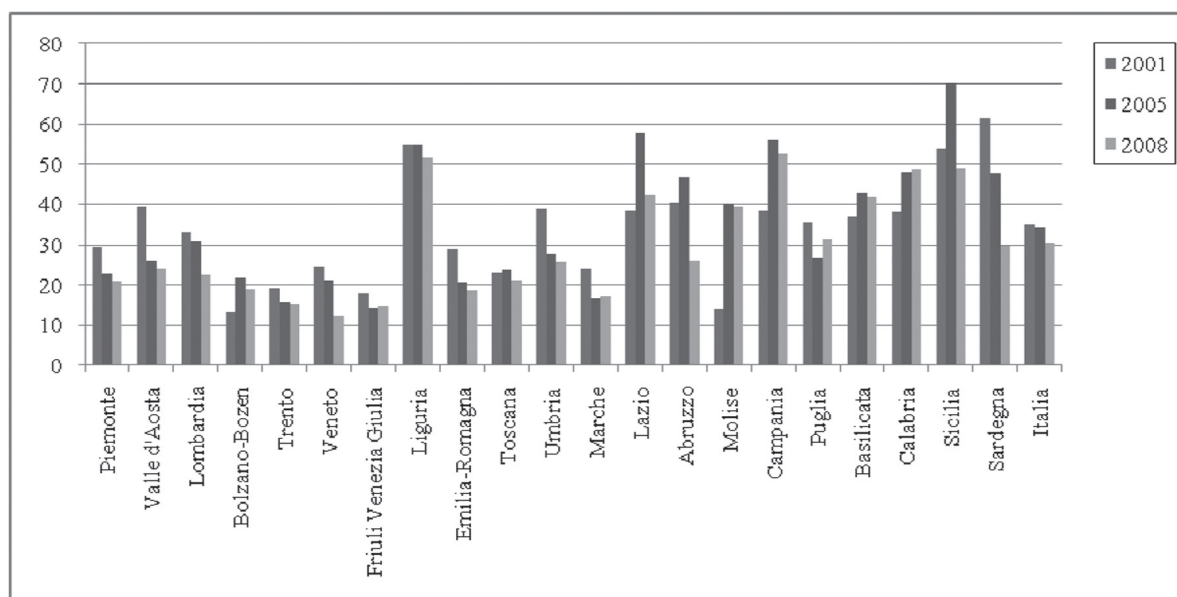


Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Grafico 3 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici in RO, per regione - Anni 2001, 2005, 2008



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

Grafico 4 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici in DH, per regione - Anni 2001, 2005, 2008

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

Tabella 4 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG chirurgici, per regione e regime di ricovero - Anni 2001-2004

Regioni	2001			2002			2003			2004		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	51,3	20,0	71,3	45,5	27,1	72,6	43,9	31,8	75,7	43,8	35,9	79,6
Valle d'Aosta	52,8	15,9	68,7	52,1	21,0	73,1	51,0	25,0	75,9	53,3	27,4	80,6
Lombardia	63,6	20,4	84,0	61,4	24,4	85,8	57,9	25,7	83,6	57,6	27,1	84,6
Bolzano-Bozen	63,6	9,5	73,1	64,7	14,5	79,2	59,7	22,0	81,7	54,0	24,0	78,0
Trento	52,2	25,2	77,4	49,2	28,9	78,1	42,5	34,5	77,0	42,7	36,3	79,0
Veneto	51,1	29,1	80,1	48,3	32,4	80,6	45,1	35,1	80,2	45,0	33,5	78,5
Friuli Venezia Giulia	53,4	20,6	74,0	52,5	22,0	74,5	47,4	23,8	71,2	47,2	24,1	71,2
Liguria	59,1	16,4	75,5	51,0	28,2	79,3	44,8	35,0	79,9	43,9	40,4	84,3
Emilia-Romagna	46,2	29,3	75,5	47,4	29,7	77,1	48,0	27,1	75,1	49,4	26,3	75,7
Toscana	45,9	24,0	69,9	43,9	27,1	71,0	40,3	27,0	67,4	39,2	27,6	66,8
Umbria	45,0	27,0	72,0	41,4	30,4	71,7	39,7	32,2	71,8	40,6	32,9	73,4
Marche	55,3	23,6	78,8	54,5	23,8	78,3	50,3	26,9	77,1	52,5	27,6	80,2
Lazio	55,3	15,9	71,2	54,8	20,9	75,7	52,6	26,0	78,6	54,0	30,1	84,1
Abruzzo	65,8	14,0	79,8	64,4	17,6	82,1	59,7	19,9	79,6	61,4	23,2	84,6
Molise	63,5	2,0	65,5	61,4	6,5	67,9	55,4	14,7	70,0	59,5	16,1	75,6
Campania	59,9	6,6	66,5	57,1	12,2	69,3	53,7	17,1	70,8	53,8	20,4	74,2
Puglia	64,7	8,7	73,4	61,9	11,7	73,6	57,2	14,5	71,7	55,4	19,1	74,5
Basilicata	53,2	11,6	64,8	51,2	15,5	66,7	49,3	18,4	67,7	47,7	22,1	69,8
Calabria	57,0	9,0	66,0	56,6	11,3	67,9	51,6	14,2	65,8	52,5	15,8	68,2
Sicilia	55,4	14,7	70,1	59,1	19,6	78,7	53,0	28,5	81,4	50,6	34,7	85,3
Sardegna	53,3	8,0	61,3	55,4	10,1	65,6	53,0	13,5	66,4	52,5	17,1	69,6
Italia	56,0	18,0	74,0	54,4	22,1	76,5	51,0	25,3	76,3	50,9	27,6	78,5

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

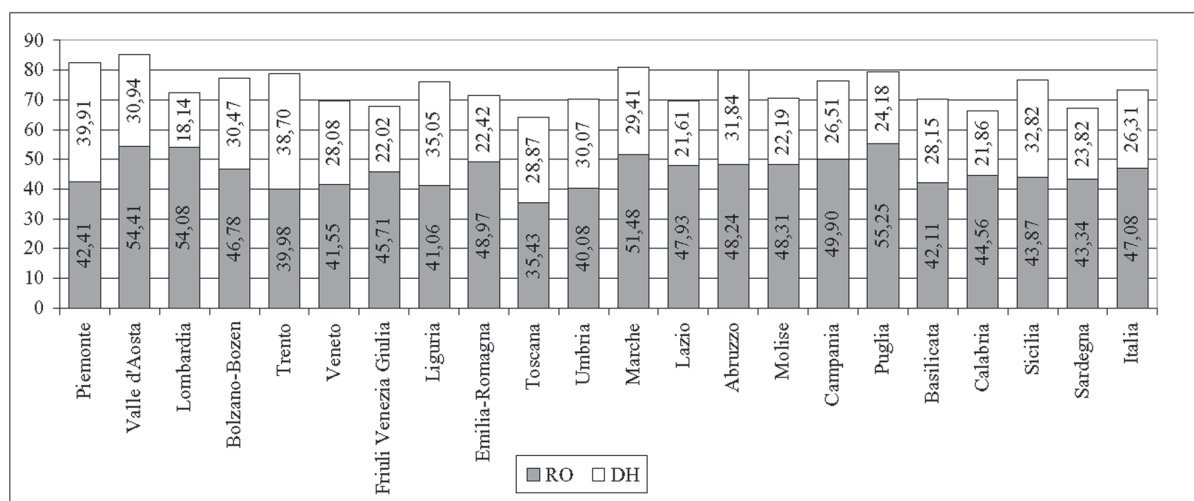
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Tabella 5 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG chirurgici, per regione e regime di ricovero - Anni 2005-2008

Regioni	2005			2006			2007			2008		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	42,7	36,8	79,5	42,8	38,2	81,0	42,5	38,8	81,3	42,4	39,9	82,3
Valle d'Aosta	53,2	27,8	81,1	54,3	28,7	83,0	54,9	29,9	84,9	54,4	30,9	85,4
Lombardia	56,2	27,4	83,6	56,0	27,9	83,9	54,1	19,5	73,7	54,1	18,1	72,2
Bolzano-Bozen	50,2	27,0	77,1	49,0	28,1	77,1	47,7	30,3	77,9	46,8	30,5	77,3
Trento	41,4	36,7	78,1	40,3	38,0	78,2	40,8	38,0	78,8	40,0	38,7	78,7
Veneto	44,1	31,3	75,5	44,1	29,3	73,4	42,9	28,0	70,9	41,6	28,1	69,6
Friuli Venezia Giulia	46,8	22,5	69,3	46,9	21,7	68,6	47,0	21,1	68,1	45,7	22,0	67,7
Liguria	43,5	41,2	84,7	42,7	35,3	78,0	41,7	34,7	76,4	41,1	35,1	76,1
Emilia-Romagna	49,3	24,4	73,7	50,2	23,2	73,4	49,8	23,0	72,7	49,0	22,4	71,4
Toscana	38,0	27,4	65,4	36,9	28,1	65,0	36,0	28,4	64,4	35,4	28,9	64,3
Umbria	39,1	31,3	70,4	39,4	30,3	69,6	40,2	30,8	71,0	40,1	30,1	70,2
Marche	50,9	28,1	79,0	52,5	28,8	81,3	52,4	28,7	81,2	51,5	29,4	80,9
Lazio	54,0	33,6	87,6	52,5	26,8	79,3	48,9	21,3	70,2	47,9	21,6	69,5
Abruzzo	60,3	23,0	83,3	58,6	25,7	84,3	54,1	29,1	83,1	48,2	31,8	80,1
Molise	55,6	20,0	75,6	53,9	22,2	76,1	52,3	22,9	75,2	48,3	22,2	70,5
Campania	52,6	21,5	74,1	51,5	22,5	74,0	51,0	24,1	75,0	49,9	26,5	76,4
Puglia	53,7	20,9	74,6	56,2	21,7	77,9	56,8	23,0	79,8	55,3	24,2	79,4
Basilicata	43,2	23,5	66,7	44,9	25,9	70,8	43,0	26,9	69,9	42,1	28,2	70,3
Calabria	50,5	17,3	67,8	51,3	19,4	70,7	47,6	20,2	67,7	44,6	21,9	66,4
Sicilia	47,1	35,8	82,9	46,6	37,8	84,4	44,3	36,9	81,1	43,9	32,8	76,7
Sardegna	49,0	19,1	68,1	45,2	21,3	66,5	43,9	25,3	69,3	43,3	23,8	67,2
Italia	49,6	28,1	77,7	49,3	27,8	77,2	48,0	26,3	74,3	47,1	26,3	73,4

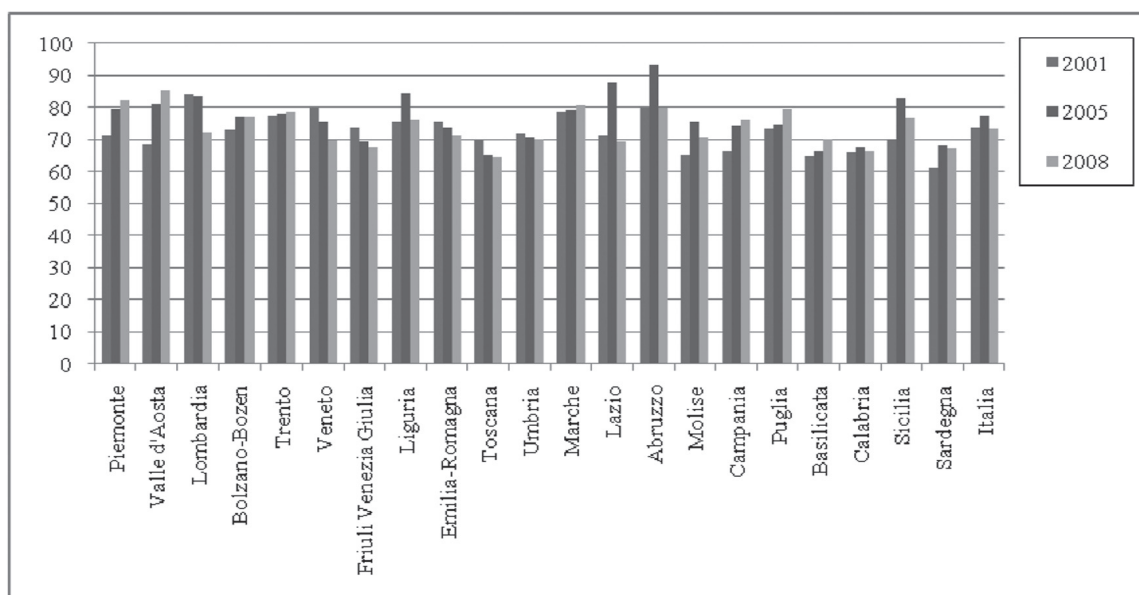
Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

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

Grafico 5 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG chirurgici, per regione e regime di ricovero - Anno 2008

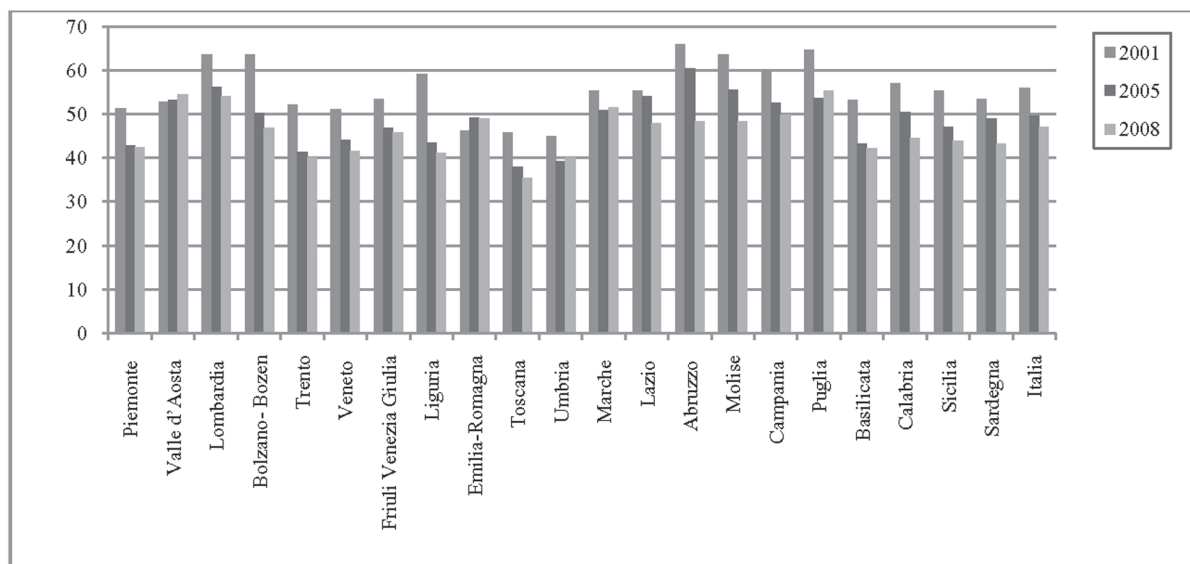
Fonte dei dati: Ministero della Salute - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Grafico 6 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG chirurgici, per regione - Anni 2001, 2005, 2008



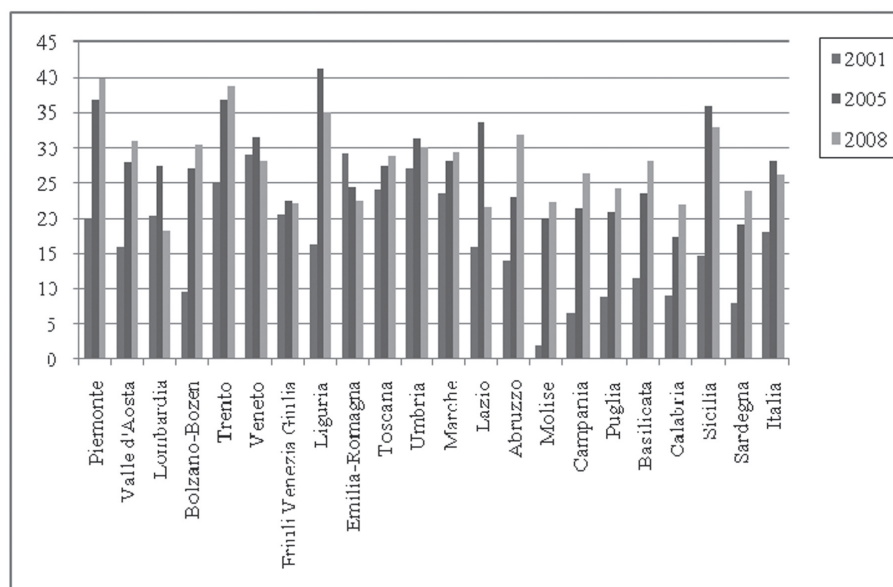
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Grafico 7 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG chirurgici in RO per regione - Anni 2001, 2005, 2008



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

Grafico 8 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG chirurgici in DH, per regione - Anni 2001, 2005, 2008



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

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi delle variazioni del tasso di ospedalizzazione per DRG medici e chirurgici, tra il 2001 ed il 2008, consente di valutare l'efficacia delle politiche messe in campo nel periodo considerato dalle diverse regioni per ridurre l'ospedalizzazione e contrastare il fenomeno dell'inappropriatezza dei ricoveri.

Considerando il TD standardizzato per DRG medici, si è assistito ad una riduzione generalizzata del tasso dovuta, inizialmente, ad una contrazione della sola componente in RO. Negli stessi anni, soprattutto nelle regioni meridionali, è molto aumentato il ricorso all'ospedalizzazione in regime diurno, segno sia di un passaggio di parte delle attività di RO verso DH sia, in alcune situazioni, ad un incremento assoluto solo di questa componente. Successivamente, sulla spinta delle indicazioni di carattere normativo e della generale tendenza al potenziamento della rete diagnostica ambulatoriale e ad un più diffuso utilizzo del DS, il tasso per DRG medici in DH ha subito una contrazione evidente in tutte le regioni, comprese quelle meridionali.

Nonostante una riduzione complessiva e diffusa dei ricoveri medici, persiste, comunque, una forte variabilità regionale. Per allineare il TD dei ricoveri medici a quello delle regioni che presentano le migliori *performance*, occorre continuare ad introdurre misure correttive adeguate per razionalizzare la rete ospedaliera, finalizzando le azioni all'uso appropriato dell'ospedale per le patologie acute, ad una più efficace integrazione ospedale-territorio ed allo sviluppo dei servizi assistenziali distrettuali.

Per quanto riguarda i DRG chirurgici si è registrata,

negli anni considerati, una riduzione del tasso meno marcata rispetto ai DRG medici. Infatti, a fronte di una riduzione della componente in RO, si è assistito ad un costante e parallelo trasferimento di attività chirurgica minore verso il regime diurno. Questo trend generalizzato non è omogeneo nelle diverse realtà regionali e, quindi, è necessario adottare, soprattutto dove il fenomeno presenta ancora scostamenti significativi, interventi normativi e Linee Guida per definire i *setting* assistenziali più appropriati con l'obiettivo di trasferire verso il regime di DS un'ulteriore quota di attività ancora effettuata in RO. A tale riguardo occorre anche stabilire modalità tecniche ed organizzative per gestire in sicurezza, in regime ambulatoriale extradegenza, gli interventi chirurgici a basso rischio e bassa complessità.

Al fine di garantire equità di accesso e sicurezza delle prestazioni erogate, occorrerebbe anche chiedersi se il presunto eccesso o difetto di ospedalizzazione rilevato in alcune regioni per le attività chirurgiche sia da attribuire a differenze epidemiologiche (diversa incidenza/prevalenza delle patologie), organizzative (trasferimento degli interventi meno complessi in regime extradegenza), ovvero ad un sotto o sovra dimensionamento dell'offerta in grado, rispettivamente, di limitare o amplificare le possibilità di accesso alle prestazioni (domanda soddisfatta).

L'analisi condotta non consente di proporre evidenze o trarre conclusioni a tale proposito e, quindi, sarebbe auspicabile ed utile ampliare e raffinare il campo di indagine con studi *ad hoc* in grado di fornire ulteriori elementi di conoscenza al riguardo.

Degenza media

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

za media, se ogni regione presentasse una casistica di ricoveri ospedalieri della medesima complessità di quella dello standard di riferimento. Tale standard di riferimento è la composizione per DRG dei dimessi dell'intera casistica nazionale.

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

Degenza media*

Numeratore Giornate di degenza erogate in Regime Ordinario

Denominatore Dimissioni totali in Regime Ordinario

*La formula della standardizzazione per *case mix* è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

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

La lettura della degenza media grezza e standardizzata non è sufficiente a descrivere l'efficienza ospedaliera.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi aggiornati sulla degenza media. Si è osservato, nel tempo, una progressiva tendenza alla riduzione della durata della degenza ospedaliera, sia per effetto dell'introduzione del finanziamento prospettico delle prestazioni ospedaliere, sia per le politiche sanitarie in materia di appropriatezza.

Descrizione dei risultati

La degenza media grezza nel 2008 si assesta a livello nazionale a 6,8 giorni. Un'analisi temporale della degenza media evidenzia che, nel periodo 2002-2008, essa è rimasta sostanzialmente stabile (Grafico 1) con

un lieve incremento nell'ultimo anno rilevato; considerando che è aumentata, nel tempo, la complessità della casistica trattata, in termini di peso medio dei ricoveri classificati con il sistema DRG, si osserva un chiaro miglioramento nell'utilizzo più efficiente dell'ospedale.

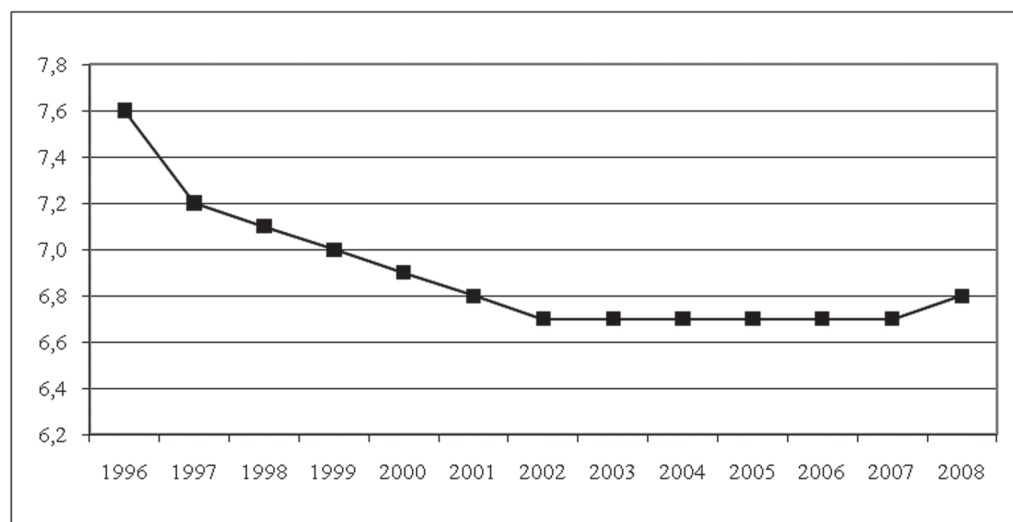
La degenza media standardizzata per *case mix* varia tra il valore minimo di 6,3 della Sicilia e della Campania al valore massimo di 7,8 della PA di Trento.

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

Tabella 1 - Degenza media (grezza e standardizzata per case mix) per regione - Anni 2005-2008

Regioni	2005		2006		2007		2008	
	Grezza	Std	Grezza	Std	Grezza	Std	Grezza	Std
Piemonte	8,1	7,5	8,1	7,5	8,1	7,5	8,2	7,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,4	7,6	8,5	7,6	8,1	7,4	7,9	7,6
Lombardia	6,5	6,6	6,5	6,6	6,6	6,8	6,6	6,9
Bolzano-Bozen	6,8	7,1	6,7	7,0	6,6	7,0	6,7	7,0
Trento	7,7	7,4	7,8	7,5	7,9	7,6	8,0	7,8
Veneto	7,9	7,4	7,9	7,6	8,0	7,7	8,0	7,7
Friuli Venezia Giulia	7,4	7,0	7,5	7,1	7,4	7,1	7,4	7,1
Liguria	7,8	6,9	7,8	6,9	7,8	6,9	8,0	7,0
Emilia-Romagna	6,6	6,3	6,6	6,3	6,6	6,4	6,5	6,4
Toscana	7,5	6,8	7,4	6,8	7,3	6,7	7,3	6,6
Umbria	6,3	6,2	6,3	6,2	6,4	6,3	6,5	6,4
Marche	6,9	6,8	6,9	6,8	6,9	6,8	6,9	6,9
Lazio	7,6	7,8	7,5	7,7	7,3	7,5	7,1	7,3
Abruzzo	6,0	6,6	5,8	6,4	6,2	6,5	6,6	6,7
Molise	7,1	7,5	7,0	7,3	6,9	7,2	6,9	7,2
Campania	5,4	6,2	5,4	6,2	5,4	6,3	5,5	6,3
Puglia	6,2	6,7	6,2	6,6	6,2	6,7	6,2	6,7
Basilicata	6,8	6,9	6,7	6,7	6,9	6,8	7,0	6,9
Calabria	6,3	6,9	6,2	6,8	6,3	6,9	6,4	6,9
Sicilia	5,8	6,1	5,9	6,2	6,0	6,2	6,1	6,3
Sardegna	6,7	7,4	6,7	7,3	6,8	7,3	6,7	7,2
Italia	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7	6,8	6,8

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Grafico 1 - Degenza media per acuti - Anni 1996-2008

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

Oltre alla valutazione del *case mix*, di per sè importante per una valutazione non distorta delle informazioni relative alla degenza in ospedale, è importante valutare allo stesso tempo le capacità organizzative delle strutture di ricovero in relazione alla disponibilità ed accessibilità dei servizi.

In ogni caso, le analisi temporali di questo indicato-

re, rilevano che vi sono ancora margini di miglioramento in termini di riduzione della degenza media ospedaliera, soprattutto se viene analizzata per tipologia di ricovero e per età dei pazienti. Si desume la necessità di collocare le cure di lungodegenza e di riabilitazione nella sfera dell'assistenza territoriale, per poterle gestire in modo diverso e separato dalle attività di ricovero per acuti.

Degenza Media PreOperatoria per le procedure chirurgiche

Significato. L'indicatore Degenza Media PreOperatoria (DMPO) illustra il tempo medio trascorso in ospedale in Ricovero Ordinario (RO) prima di eseguire un intervento chirurgico, il più delle volte per effettuare accertamenti diagnostici o altre attività terapeutiche ed assistenziali propedeutiche all'intervento stesso. Nella grande maggioranza dei ricoveri programmati tali attività possono, e dovrebbero, essere effettuate nel periodo pre-ricovero attraverso la rete ambulatoriale, il Day Service o il Day Hospital (DH). Per i ricoveri in urgenza da Pronto Soccorso è quasi sempre possibile snellire l'*iter* clinico ed assistenziale in degenza attraverso l'adozione di adeguati modelli organizzativi, come ad esempio percorsi diagnostici

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

Degenza Media PreOperatoria per ricoveri ordinari*

Numeratore	Giornate di degenza preoperatoria per DRG chirurgici
Denominatore	Dimissioni con DRG chirurgici

*La formula della standardizzazione per *case mix* è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. L'indicatore non è influenzato da fattori confondenti quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina chirurgica. Quando si confrontano casistiche regionali che, verosimilmente, comprendono tutti i DRG chirurgici, deve essere posta la massima attenzione alla variabilità determinata dal diverso *case mix* trattato dalle realtà considerate. Pertanto, per rendere quanto più possibile significativo il confronto dei dati rilevati nelle singole regioni, la DMPO, degli anni 2005-2007, è stata standardizzata per il *case mix* trattato in ciascuna realtà indagata. Per la costruzione dell'indicatore sono state considerate tutte le procedure chirurgiche principali eseguite ad eccezione di quelle relative al Capitolo 16 "Miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche" della classificazione ICD-9-CM.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore medio nazionale può essere assunto come riferimento per il confronto delle diverse *performance*, mentre i valori più bassi di DMPO rilevati forniscono una misura significativa delle reali possibilità di miglioramento della gestione del percorso assistenziale preoperatorio messe in atto, rispetto a valori di DMPO più elevati.

Descrizione dei risultati

La Tabella 1 mette a confronto i valori di DMPO standardizzati per *case mix* rilevati nel 2006-2008 per regione di ricovero.

In generale, la ricerca di efficienza, successiva

all'aziendalizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale, ha determinato una forte riduzione della DMPO già negli anni antecedenti a quelli considerati in questo contesto. Nel periodo in esame, la DMPO a livello nazionale, registra una riduzione assai modesta in rapporto ai potenziali margini di miglioramento che sono resi evidenti dalla estrema e costante variabilità dell'indicatore nel confronto tra le diverse regioni.

Tra il 2006 ed il 2008, la DMPO standardizzata ha subito una lievissima riduzione, mentre il *range* dei valori rilevati ha subito una diminuzione più marcata (Tabella 1 e Grafico 1).

Infatti, tra il 2006 ed il 2008, il *range* della DMPO standardizzata si è ridotto da 1,66 giorni (1,22 giorni della Valle d'Aosta contro 2,88 giorni del Lazio) a 1,27 giorni (1,38 giorni della Valle d'Aosta contro 2,65 giorni del Lazio).

Se analizziamo i dati regionali notiamo che le regioni del Nord e del Centro, escluso il Piemonte, il Veneto, la Toscana, le Marche ed il Lazio, hanno un valore in lieve aumento. Alcune regioni del Sud, che partivano tutte da un dato al di sopra della media nazionale, presentano un dato in calo, ad eccezione del Molise, della Campania, della Basilicata e della Calabria.

Nonostante questa riduzione delle differenze regionali, nel triennio considerato, si registra un valore al di sotto della media nazionale nella maggior parte delle regioni del Nord e del Centro. Continuano, invece, a presentare un dato al di sopra della media nazionale il Lazio, la Liguria e tutte le regioni del Mezzogiorno.

I dati rilevati, da una parte confermano l'efficacia del-

le misure adottate in alcune regioni, in particolare in quelle del Nord, per riorganizzare i percorsi assistenziali ospedalieri ed, al contempo, per migliorare l'accessibilità ai servizi diagnostici extraospedalieri in funzione dell'appropriatezza d'uso dell'ospedale, dal-

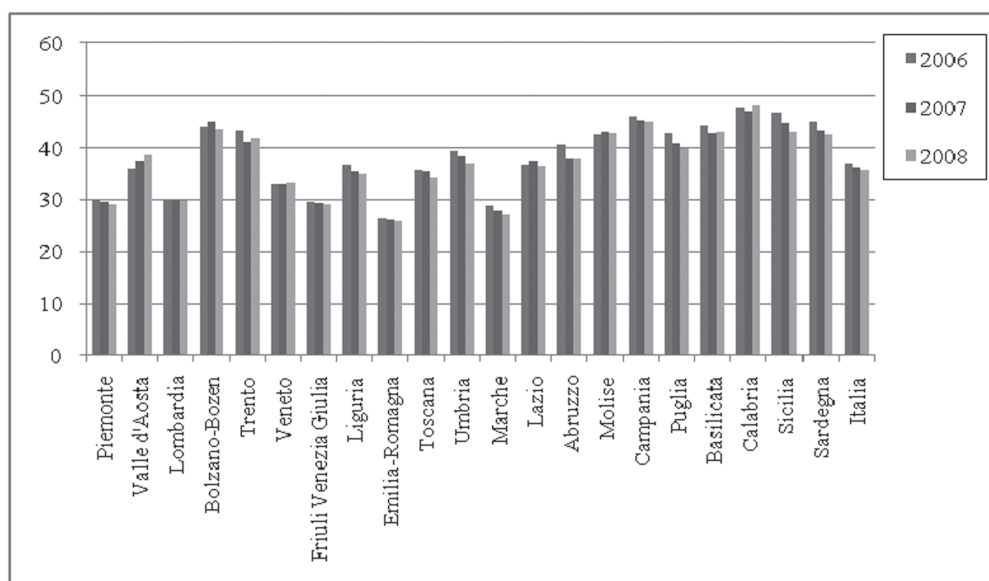
l'altra, mettono in evidenza i primi sensibili miglioramenti in alcune delle regioni che presentavano le situazioni più critiche, segno dei primi positivi effetti delle misure adottate in tal senso.

Tabella 1 - DMPO standardizzata per case mix in regime di RO per acuti e per tutte le procedure principali eseguite, per regione di ricovero - Anni 2006-2008

Regioni	2006	2007	2008
Piemonte	1,92	1,88	1,89
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,22	1,16	1,38
Lombardia	1,72	1,75	1,76
Bolzano-Bozen	1,57	1,59	1,61
Trento	1,83	1,90	1,98
Veneto	1,85	1,81	1,84
Friuli Venezia Giulia	1,46	1,56	1,57
Liguria	2,09	2,09	2,13
Emilia-Romagna	1,63	1,63	1,67
Toscana	1,87	1,79	1,71
Umbria	1,80	1,86	1,88
Marche	1,56	1,52	1,51
Lazio	2,88	2,82	2,65
Abruzzo	2,04	1,90	1,95
Molise	2,49	2,58	2,56
Campania	2,51	2,57	2,53
Puglia	2,40	2,38	2,31
Basilicata	2,37	2,34	2,38
Calabria	2,50	2,65	2,56
Sicilia	2,16	2,18	2,13
Sardegna	2,40	2,32	2,25
Italia	2,00	1,99	1,97

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Grafico 1 - DMPO standardizzata per case mix in regime di RO per acuti e per tutte le procedure principali eseguite, per regione di ricovero - Anni 2006-2008



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati di DMPO presentati riguardano sia i ricoveri programmati che quelli urgenti. Un'attenta gestione dei percorsi preoperatori per i ricoveri programmati e l'adozione di Linee Guida per codificare le prassi assistenziali ed organizzative da adottare per i ricoveri effettuati in urgenza, possono evitare, in entrambi i casi, attese ingiustificate e ritardi nell'esecuzione dell'intervento chirurgico. Ciò può portare a migliorare sensibilmente la gestione del percorso assistenziale del paziente, non solo in termini di efficienza, ma anche riguardo il gradimento, l'efficacia, la sicurezza e gli esiti degli interventi stessi. A tale proposito occorre considerare che diversi studi hanno dimostrato un'evidente correlazione tra una elevata DMPO e l'incidenza di infezioni ospedaliere preoperatorie. Si

aggiunga che, se il sistema di rimborso a prestazione e le opportunità offerte dall'evoluzione scientifica e tecnologica hanno favorito la progressiva riduzione della degenza media dei ricoveri chirurgici in degenza ordinaria, sia i clinici che varie organizzazioni di tutela dei pazienti ritengono più utile ed etico che la ricerca dell'efficienza ed il "guadagno" in termini di giornate di degenza risparmiate siano perseguiti soprattutto attraverso l'ottimizzazione dei percorsi preoperatori, piuttosto che con politiche assistenziali volte a favorire la dimissione precoce, a volte intempestiva, dei pazienti operati. Le evidenze rilevate e le considerazioni precedenti dovrebbero spingere tutte le regioni a monitorare con attenzione il fenomeno anche allo scopo di definire soglie massime di DMPO per i più frequenti DRG chirurgici.

Percentuale di interventi per frattura del collo del femore

Significato. La frattura del collo del femore è un evento frequente tra la popolazione anziana ed è spesso causa di mortalità e di peggioramento della qualità di vita. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrispondono un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, un aumento delle complicanze legate all'intervento ed una minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale (1, 2). Uno studio condotto in Italia e pubblicato nel 2010 mette in evidenza come la mortalità a 30 giorni, per i pazienti con età >65 anni operati per frattura di femore, sia 2 volte superiore nei pazienti operati dopo la seconda giornata di degenza rispetto ai pazienti operati entro 2 giorni (3). Il tempo di attesa per intervento per frattura di femore può essere consi-

derato come uno dei principali indicatori *proxy* della gestione clinica e della presa in carico del paziente stesso. Unità Operative o strutture ospedaliere che presentano tempi di attesa ridotti per interventi per frattura del collo del femore hanno, probabilmente, messo in campo dei modelli di gestione efficaci, non solo nella fase di accesso e preoperatoria, ma anche nelle fasi successive all'intervento (ad esempio riabilitativa), con possibili ricadute positive sugli esiti.

La percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro le 48 ore dal ricovero per pazienti con più di 65 anni viene monitorata, a livello internazionale, dall'OECD. Tale monitoraggio mostra che in Paesi come la Norvegia, la Svezia e la Finlandia, tra il 2004 e il 2005, il valore dell'indicatore è superiore o prossimo al 90%, mentre in Paesi come l'Italia e la Spagna è inferiore al 40% (4).

Percentuale di interventi per frattura del collo del femore

Numeratore	Dimessi con diagnosi principale di frattura del collo del femore che abbiano subito l'intervento entro 2 giorni dal ricovero	
		x 100
Denominatore	Dimessi totali con diagnosi principale di frattura del collo del femore	

Validità e limiti. Viste le numerose evidenze scientifiche, il tempo di intervento rappresenta un valido indicatore della qualità delle cure prestate ai pazienti over 65 anni con frattura del collo del femore.

È opportuno sottolineare che una quota di pazienti non potrà, comunque, essere operata entro le 48 ore perché, presentando comorbidità e complicanze cliniche, potrebbe in ogni caso richiedere più tempo per la stabilizzazione e ritardare, quindi, l'intervento chirurgico oltre i tempi auspicati.

Nella nostra rilevazione, il numeratore dell'indicatore è rappresentato dagli interventi eseguiti entro 2 giorni e non entro 48 ore perché le Schede di Dimissioni Ospedaliere da cui sono stati ricavati i dati, non rilevano un'informazione legata alle ore, bensì alle giornate di attesa per l'intervento.

Nel calcolo sono inclusi i ricoveri per acuti in regime di Ricovero Ordinario (RO), in istituti pubblici e privati accreditati, con diagnosi principale di frattura del collo del femore (ICD-9-CM: 820.xx), con modalità di dimissione diversa da decesso, trasferimento ad altro istituto per acuti, dimissione volontaria, con età ≥65 anni, con DRG chirurgico.

Valore di riferimento/Benchmark. La letteratura non fornisce valori di riferimento univoci anche se la quasi totalità dei pazienti dovrebbe ricevere l'intervento il prima possibile. La *Scottish Hip Fracture Audit* suggerisce come ragionevole obiettivo operare entro 1 giorno dall'ammissione il 93% dei pazienti ricoverati per frattura del collo del femore (5). Per la situazione italiana, decisamente lontana dagli obiettivi indicati dalla letteratura scientifica, si potrebbe ipotizzare come valore di riferimento la media dei valori delle 3 regioni che presentano le migliori *performance*.

risce come ragionevole obiettivo operare entro 1 giorno dall'ammissione il 93% dei pazienti ricoverati per frattura del collo del femore (5). Per la situazione italiana, decisamente lontana dagli obiettivi indicati dalla letteratura scientifica, si potrebbe ipotizzare come valore di riferimento la media dei valori delle 3 regioni che presentano le migliori *performance*.

Descrizione dei risultati

In Italia (Tabella 1 e Grafico 1), la percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni, per pazienti con più di 65 anni, nel 2008 è uguale al 32,5%. Il valore dell'indicatore presenta una marcata variabilità regionale che va dall'81,7% della PA di Bolzano a circa il 17,0% di Lazio, Campania, Basilicata, Puglia e Sicilia, dato di molto inferiore a quello individuato come benchmark. Le regioni che presentano valori al di sotto della media nazionale sono il Piemonte, la Liguria, la PA di Trento, l'Umbria, il Lazio e tutte le regioni meridionali, ad eccezione dell'Abruzzo. Oltre alla PA di Bolzano, altre 3 regioni hanno valori superiori al 50% (Valle d'Aosta, Marche e Friuli Venezia Giulia).

Dal 2001 al 2008 il valore nazionale dell'indicatore ha subito solo un lievissimo incremento (dal 31,2% al 32,5%) e solo poche regioni hanno modificato sensibilmente la loro *performance*. La percentuale di interventi eseguiti entro 2 giorni dal ricovero ha registrato

un sensibile aumento in Valle d'Aosta, Toscana e Marche, mentre in Friuli Venezia Giulia, Liguria, Piemonte, Emilia-Romagna, Lazio, Sicilia e Sardegna l'aumento è stato meno marcato.

In alcune regioni (Puglia, Basilicata, Calabria e Campania) che nel 2001 presentavano una percentuale già inferiore alla media nazionale si è verificata nel periodo considerato un'ulteriore sensibile riduzione. Importanti riduzioni hanno interessato anche la PA di Trento (dove si è passati dal 53,9% del 2001 al 26,9% del 2008), la PA di Bolzano, il Veneto, l'Abruzzo ed il Molise che comunque presentavano situazioni di

partenza molto migliori o almeno superiori alla media nazionale.

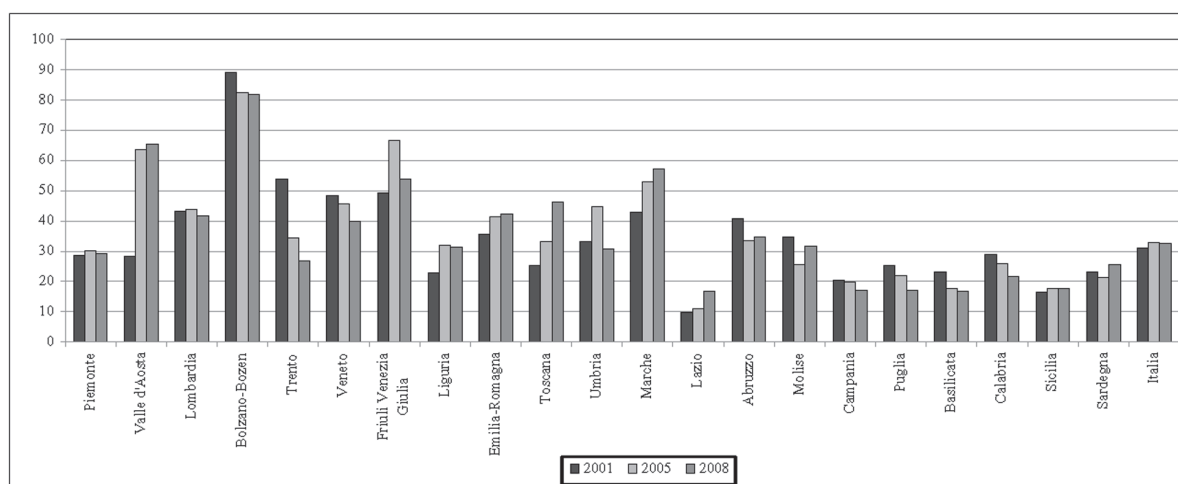
Dall'analisi delle variazioni annuali dei dati in Tabella 1 risalta la Valle d'Aosta, che tra il 2002 ed il 2003, ha avuto un forte incremento (dal 36,4% al 63,2%) del valore considerato. Questa variazione potrebbe essere il risultato di modifiche dei processi assistenziali e della gestione dei pazienti, avvenute nell'unica struttura di ricovero che eroga in regione il tipo di intervento di interesse, che hanno determinato miglioramenti in un breve lasso di tempo con un consolidamento del risultato nel periodo successivo.

Tabella 1 - Percentuale di pazienti operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore, per regione - Anni 2001-2008

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Piemonte	28,5	28,1	32,1	31,3	30,2	30,7	30,4	29,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	28,3	36,4	63,2	56,9	63,4	70,9	70,6	65,4
Lombardia	43,1	43,3	43,3	45,0	43,7	40,8	41,4	41,6
Bolzano-Bozen	89,2	88,2	86,2	82,5	82,4	79,6	81,7	81,7
Trento	53,9	56,7	50,8	41,4	34,4	27,6	27,4	26,9
Veneto	48,4	43,6	48,2	48,3	45,8	42,9	41,0	39,8
Friuli Venezia Giulia	49,4	51,3	56,6	59,7	66,6	62,7	62,4	53,8
Liguria	23,0	22,8	22,1	31,2	32,0	36,2	31,4	31,4
Emilia-Romagna	35,5	35,3	36,2	36,8	41,5	41,9	42,6	42,4
Toscana	25,3	29,5	34,1	34,2	33,1	32,7	37,4	46,4
Umbria	33,1	28,7	30,0	34,8	44,9	41,7	33,0	30,9
Marche	42,8	44,4	46,3	48,1	52,9	52,0	52,5	57,2
Lazio	9,9	10,4	13,4	12,7	11,0	11,8	14,7	16,9
Abruzzo	40,8	36,9	37,9	33,8	33,6	35,8	34,8	34,9
Molise	34,8	27,0	28,1	32,5	25,7	27,2	24,3	31,8
Campania	20,6	21,9	21,5	19,9	19,7	19,5	17,9	17,0
Puglia	25,4	27,5	25,0	22,1	22,0	21,1	17,7	17,1
Basilicata	23,1	20,1	15,5	19,7	17,7	16,6	18,1	16,9
Calabria	29,0	26,5	27,1	26,2	25,8	23,6	20,6	21,7
Sicilia	16,5	17,3	16,9	17,2	17,7	19,2	18,7	17,6
Sardegna	23,2	18,6	18,8	13,7	21,4	21,7	25,6	25,5
Italia	31,2	31,0	32,4	32,5	32,8	32,2	32,1	32,5

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Grafico 1 - Percentuale di pazienti operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore, per regione - Anni 2001, 2005, 2008



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

Dai dati presentati è evidente che in Italia la percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni per pazienti con più di 65 anni abbia nel tempo valori piuttosto bassi e stabili nel tempo rispetto alle *performance* registrate in altri Paesi occidentali ed alle raccomandazioni presenti in letteratura.

Le possibili cause del ritardo dell'intervento per frattura del collo del femore possono essere sia cliniche che organizzative. Le cause cliniche sono legate alle condizioni del paziente, mentre quelle organizzative sono spesso legate alla disponibilità di sale operatorie e di sedute da dedicare agli interventi urgenti durante tutto l'arco della settimana, all'efficienza della fase di valutazione diagnostica ed alla conseguente tempestiva gestione delle comorbidità.

Le possibili soluzioni da mettere in campo con l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa per l'intervento in seguito a frattura del collo del femore riguardano, pertanto, sia l'ambito clinico che quello organizzati-

vo. Si può prevedere, come è già accaduto in alcune realtà italiane, la definizione e l'adozione di un percorso per il paziente fratturato (percorso orto-geriatrico) che va dal primo soccorso alla riabilitazione e che prevede un approccio integrato tra più specialisti e professionisti (anestesista, internista, chirurgo, fisiatra, infermieri e fisioterapisti).

Riferimenti bibliografici

- (1) Acute management and immediate rehabilitation after hip fracture amongst people aged 65 years and over. Wellington, NZ: New Zealand Guidelines Group, June 2003.
- (2) Management of hip fracture in older people. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guideline Network. June 2009.
- (3) Carretta E, Bochicchio V, Rucci P, Fabbri G, Laus M, Fantini MP. Hip fracture: effectiveness of early surgery to prevent 30-day mortality. *Int Orthop* 2010 Apr 8. [Epub ahead of print].
- (4) Health Care Quality Indicator Project 2006. OECD.
- (5) National Services Scotland (NHS). Clinical decision making. Is the patient fit for theatre? A report from the Scottish Hip Fracture Audit. NHS National Services Scotland/Crown Copyright 2008. Disponibile sul sito: <http://www.shfa.scot.nhs.uk>.

Utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inappropriatelyzza

Significato. L'indicatore descrive l'entità di utilizzo del Day Hospital (DH) nella popolazione residente rispetto al Ricovero Ordinario (RO) per i 26 DRG medici elencati nell'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 e definiti "ad alto rischio di inappropriatelyzza" se erogati in regime di degenza ordinaria. L'indicatore consente, pertanto, di monitorare direttamente il raggiungimento dei valori soglia fissati dalle singole regioni rispetto alla percentuale di trasferimento in DH dei DRG in esame, come previsto da specifiche indicazioni contenute in un successivo accordo della Conferenza Stato-Regioni del 1 agosto 2002. In coerenza con le indicazioni dello stesso DPCM, diverse regioni hanno ampliato la gamma dei DRG "potenzialmente inappropriati" che le strutture sanitarie possono trattare in un *setting* assistenziale diverso dal RO con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse. A tale riguardo, anche se non riferibile alla casistica in esame, è opportuno sottolineare che anche la prevista revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attualmente in discussione e non ancora approvata, presenta una ulteriore cospicua estensione del *set* dei DRG potenzialmente inappropriati se erogati in RO, tanto che il

Patto per la Salute 2010-2012 approvato il 3 dicembre 2009, prevede che la vecchia lista di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 possa essere integrata dalle singole regioni in base alla nuova lista in via di definizione.

È importante sottolineare che la percentuale di ricoveri in DH, se analizzata isolatamente, non è espressione di appropriatezza e non consente di valutare compiutamente il fenomeno dei ricoveri medici impropri poiché influenzata da 2 variabili molto importanti: il tasso di dimissioni ospedaliere (TD) ed i volumi di prestazioni alternative effettuate in regime ambulatoriale e di Day Service.

In assenza di dati attendibili ed uniformi sul territorio riguardo i volumi di attività ambulatoriale, la relazione tra la percentuale di DH ed il tasso standardizzato di dimissione (TSD) per età per i DRG in esame può fornire sia una misura indiretta dell'accessibilità e dell'utilizzo dei servizi ambulatoriali distrettuali in funzione della complessiva riduzione dei ricoveri considerati e sia consentire una valutazione della reale efficacia delle azioni adottate dalle regioni per migliorare l'appropriatezza organizzativa ed il corretto utilizzo del DH per tali DRG.

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

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

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

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

*Per i 26 DRG medici considerati.

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

Validità e limiti. Dopo l'emanazione del DPCM 29 novembre 2001, tutte le regioni hanno individuato, in tempi diversi, i valori soglia di ammissibilità dei RO per i DRG che l'allegato 2C considera "ad alto rischio d'inappropriatelyzza". I valori soglia individuati a livello delle singole regioni sono, tuttavia, sensibilmente differenti. Tale variabilità è dovuta alle diverse caratteristiche ed agli orizzonti temporali delle azioni messe in campo per migliorare l'appropriatezza d'uso delle strutture di ricovero che hanno condizionato sia la scelta degli obiettivi che i risultati conseguibili nel medio periodo. Inoltre, alcune regioni che hanno introdotto ulteriori limitazioni dell'ammissibilità dei RO, in molti casi hanno esteso gli interventi alla rete

distrettuale, prevedendo azioni e percorsi per trasferire attività e prestazioni tipiche dei DRG considerati in un contesto di extradegenza ospedaliera (ambulatorio, Day Service). Tali motivi devono, perciò, indurre una certa cautela quando si effettuano confronti tra le diverse realtà regionali rispetto all'utilizzo del DH per i DRG a rischio di inappropriatelyzza. La percentuale di ricoveri in DH per i DRG in esame può essere calcolata sui dimessi per regione di ricovero o sui dimessi per regione di residenza. Il calcolo sulla regione di ricovero valuta il comportamento dei produttori, ma non consente di effettuare corrette correlazioni con il tasso di ospedalizzazione dei DRG presi in esame. Per effettuare questa importante correlazione verranno

presentati i dati relativi alla percentuale di utilizzo del DH per tutti i DRG medici a rischio di inappropriatezza calcolati sui dimessi per regione di residenza relativamente al triennio 2006-2008. Una verifica effettuata sui dati complessivi ha permesso, infatti, di rilevare che le differenze esistenti tra le 2 modalità di analisi non sono sostanziali. Tuttavia, nell'interpretazione dei risultati, occorre tenere presente che il dato calcolato sui dimessi per regione di residenza comprende anche una quota più o meno elevata di pazienti trattati, a causa della mobilità passiva, presso strutture di altre regioni che potrebbero avere prassi e regole di accesso ai servizi difforni rispetto alla regione di residenza del paziente.

Oltre a presentare i tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere, sia per RO che per DH, relativamente al triennio 2006-2008, si presenterà il confronto, per l'anno 2008, tra la percentuale di utilizzo del DH ed il tasso di ospedalizzazione rilevato nelle singole regioni per i DRG medici in esame.

La percentuale di ricovero in DH consente di valutare l'appropriatezza del *setting* assistenziale, mentre il confronto con i rispettivi tassi di ospedalizzazione rende evidente, per ogni regione, l'impatto delle azioni attuate in termini di riconversione dei ricoveri in degenza ordinaria e di ricoveri complessivamente "risparmiati".

Valore di riferimento/Benchmark. In coerenza con la normativa di riferimento, un'elevata percentuale di DH rappresenta il trend a cui tendere, ma solo in presenza di un basso TSD per il complesso dei 26 DRG oggetto di analisi. In ragione dell'interdipendenza dei 2 parametri si ipotizza, pertanto, un valore di riferimento ottimale caratterizzato da una percentuale di DH superiore e da un TSD inferiore ai rispettivi valori medi nazionali, o meglio ai rispettivi valori mediani.

Descrizione dei risultati

Per migliorare l'appropriatezza organizzativa dell'ospedale ogni regione ha dovuto promuovere strategie di intervento ed azioni che, sebbene coerenti con le indicazioni del DPCM, fossero innanzitutto compatibili con il proprio contesto organizzativo di riferimento. Gli interventi attuati presentano, pertanto, caratteristiche ed importanza di grado diverso, anche se riconducibili ad alcune fondamentali categorie (come ad esempio: abbattimenti tariffari di tali DRG, adozione di sistemi di controllo esterno, coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, sviluppo di programmi per il trasferimento nel regime ambulatoriale di prestazioni specialistiche complesse, disincentivazione economica in rapporto alle soglie di ammissibilità etc.). Le stesse soglie di ammissibilità in RO stabilite a livello regionale, come già sottolineato, sono state individuate con criteri e modalità differenti e, quindi, devono indurre una certa cautela quando si

effettuano confronti tra le diverse realtà regionali.

A distanza di oltre 6 anni dalle indicazioni poste dal DPCM 2001, l'analisi della percentuale di ricoveri in DH per i 26 DRG medici a rischio di inappropriatezza, relativamente al periodo 2006-2008, indica ancora rilevanti differenze nei valori ed anche trend di segno opposto nelle diverse realtà regionali (Tabella 1 e Grafico 1).

Al contrario, a livello nazionale l'andamento dell'indicatore è sostanzialmente stabile negli ultimi 3 anni. Nel 2008, il valore medio nazionale (40,8%), risulta leggermente superiore a quello registrato nell'anno precedente (40,7%) e poco inferiore al valore del 2006 (41,2%).

La variabilità regionale risulta molto ampia con valori distribuiti in modo non omogeneo intorno alla media (*range* compreso tra il 20,0% della PA di Trento ed il 58,5% della Liguria). Come nella passata rilevazione, 11 regioni registrano valori più bassi della media nazionale, mentre 10 presentano valori superiori (Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lazio, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia).

Rispetto al 2006, le regioni presentano un comportamento molto vario, in 5 regioni si registra una riduzione della percentuale di utilizzo del DH per i DRG considerati (con riduzione maggiore in Lombardia ed Abruzzo), in 10 si registra un aumento (quella con un incremento maggiore è la Puglia) ed in 6 non si evidenziano sostanziali variazioni.

L'esame del TSD per i 26 DRG medici a rischio di inappropriatezza consente di aggiungere ulteriori elementi di analisi al fenomeno dell'inappropriatezza di tali ricoveri. In particolare, il trasferimento in DH di una quota di RO a rischio di inappropriatezza dovrebbe essere attuato mantenendo invariato il TSD complessivo, ovvero riducendolo ulteriormente in funzione del ricorso a forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero.

Il TSD del 2008 per i DRG medici a rischio di inappropriatezza presenta una distribuzione caratterizzata da un'elevata variabilità con un *range* di valori molto ampio (da 9,3 per 1.000 del Piemonte a 33,8 per 1.000 della Campania) ed una media nazionale pari a 19,1 ricoveri per 1.000 abitanti. Ad eccezione della PA di Bolzano, del Lazio e della Liguria, le regioni del Centro-Nord presentano TSD per i DRG in esame inferiori alla media nazionale, mentre tutte le regioni del Sud (ad eccezione dell'Abruzzo) mostrano una distribuzione di segno opposto (Tabella 2).

Rispetto agli anni precedenti si rileva una costante e sensibile diminuzione del TSD a livello nazionale (da 22,9 per 1.000 del 2006 a 19,1 per 1.000 del 2008) ed un andamento analogo, o al più una sostanziale stabilità, a livello delle singole regioni. Per quanto riguarda i TSD dei ricoveri in RO e DH, si osserva una riduzione sia a livello nazionale che a livello regionale ad

eccezione di Valle d'Aosta e Puglia che registrano un aumento dei TSD dei ricoveri in DH e la Valle d'Aosta anche in RO.

L'analisi congiunta della percentuale di ricoveri effettuata in DH e dei TSD ospedalieri per i DRG medici a rischio di inappropriatazza, considerando come valori di riferimento il valore mediano dei 2 indicatori, fornisce 4 diverse rappresentazioni che riassumono con efficacia la situazione, i risultati conseguiti ed i possibili obiettivi di programmazione nelle varie realtà regionali (Grafico 2):

1) le regioni che associano un TSD superiore ed una percentuale di utilizzo del DH inferiore rispetto alla mediana esprimono situazioni in controtendenza rispetto alle indicazioni del DPCM 2001. Un utilizzo improprio ed ampio del regime di RO dovrebbe, innanzitutto, essere contrastato con un migliore utilizzo del DH, ma, per ridurre l'eccesso di ospedalizzazione, dovrebbero essere parallelamente avviate azioni dirette a contenere la domanda di ricovero attraverso il potenziamento dei servizi diagnostici ed assistenziali distrettuali. In questa situazione si trovano 3 regioni (Provincia Autonoma di Bolzano, Sardegna ed in parte l'Abruzzo che si posiziona sul valore mediano del TSD);

2) le 8 regioni che si posizionano nell'area caratterizzata da TSD e percentuale di utilizzo del DH superiori rispetto alla mediana esprimono un sovrautilizzo delle strutture di ricovero, in specie diurno, che potrebbe denotare una scarsa offerta e/o accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali. Molise, Lazio, Liguria, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia registrano un andamento in tal senso che dovrebbe indurre a porre particolare attenzione, oltre

che alla riduzione della domanda di ricovero, all'effettiva utilità ed appropriatezza d'uso del DH;

3) l'area caratterizzata da TSD inferiore e percentuale di utilizzo del DH superiore ai rispettivi valori medi, rappresenta una situazione teoricamente ottimale rispetto alle indicazioni normative. Si collocano in questa posizione, che esprime un ricorso minimo al RO per il set dei DRG medici a rischio di inappropriatazza ed un ampio utilizzo del DH e dei servizi extradegenza, il Piemonte, la Valle d'Aosta ed in parte la Toscana, che si posiziona sul valore mediano della percentuale di DH;

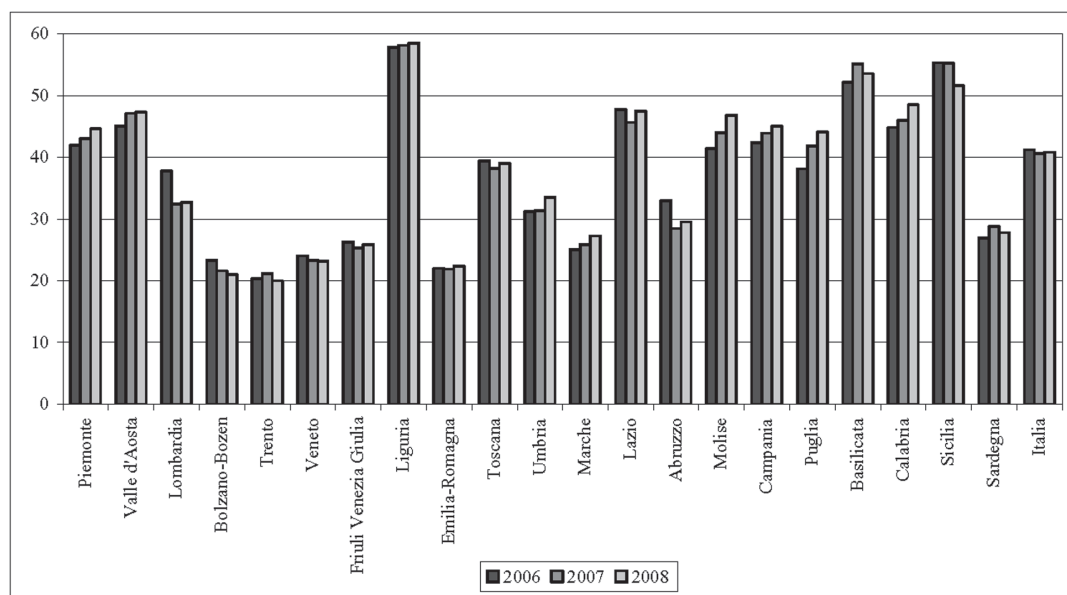
4) le regioni che presentano un TSD ed una percentuale di DH inferiore alla media nazionale dimostrano come sia possibile adottare efficaci politiche di contrasto del fenomeno dell'inappropriatazza dei ricoveri contrastando anche un inappropriato ed eccessivo utilizzo del DH. Le azioni intraprese in queste regioni (PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Umbria, Lombardia e Marche) hanno, probabilmente, interessato oltre che il settore ospedaliero anche l'individuazione di percorsi diagnostici terapeutici extradegenza e l'attivazione di modelli organizzativi alternativi al DH, sul tipo del Day Service. È evidente che in queste realtà l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione per i DRG medici a rischio di inappropriatazza è stata giocata sia sul fronte del RO che del DH, facendo leva sul livello di offerta, su migliori *performance* e sull'accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali e distrettuali.

Purtroppo, le lacune informative ancora esistenti riguardo alla rilevazione delle attività ambulatoriali, costituiscono un limite per un'oggettiva ed esaustiva valutazione delle azioni rivolte in questa direzione.

Tabella 1 - Percentuale di utilizzo del DH e variazioni percentuali per i DRG medici a rischio di inappropriatezza, per regione - Anni 2006-2008

Regioni	2006	2007	2008	Δ % 2006-2008
Piemonte	42,0	43,0	44,6	6,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	45,1	47,1	47,3	4,9
Lombardia	37,8	32,4	32,7	-13,5
Bolzano-Bozen	23,3	21,6	21,0	-9,9
Trento	20,4	21,2	20,0	-2,0
Veneto	24,1	23,3	23,2	-3,7
Friuli Venezia Giulia	26,3	25,3	25,8	-1,9
Liguria	57,8	58,1	58,5	1,2
Emilia-Romagna	22,0	21,9	22,4	1,8
Toscana	39,4	38,2	39,0	-1,0
Umbria	31,2	31,4	33,5	7,4
Marche	25,1	25,9	27,3	8,8
Lazio	47,8	45,7	47,5	-0,5
Abruzzo	33,0	28,5	29,6	-10,3
Molise	41,4	44,0	46,8	13,0
Campania	42,4	44,0	45,0	6,1
Puglia	38,1	41,8	44,2	16,0
Basilicata	52,1	55,1	53,6	2,9
Calabria	44,8	46,0	48,5	8,3
Sicilia	55,3	55,2	51,6	-6,7
Sardegna	26,9	28,8	27,8	3,3
Italia	41,2	40,7	40,8	-1,0

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Grafico 1 - Percentuale di utilizzo del DH per i DRG medici a rischio di inappropriatezza, per regione - Anni 2006-2008

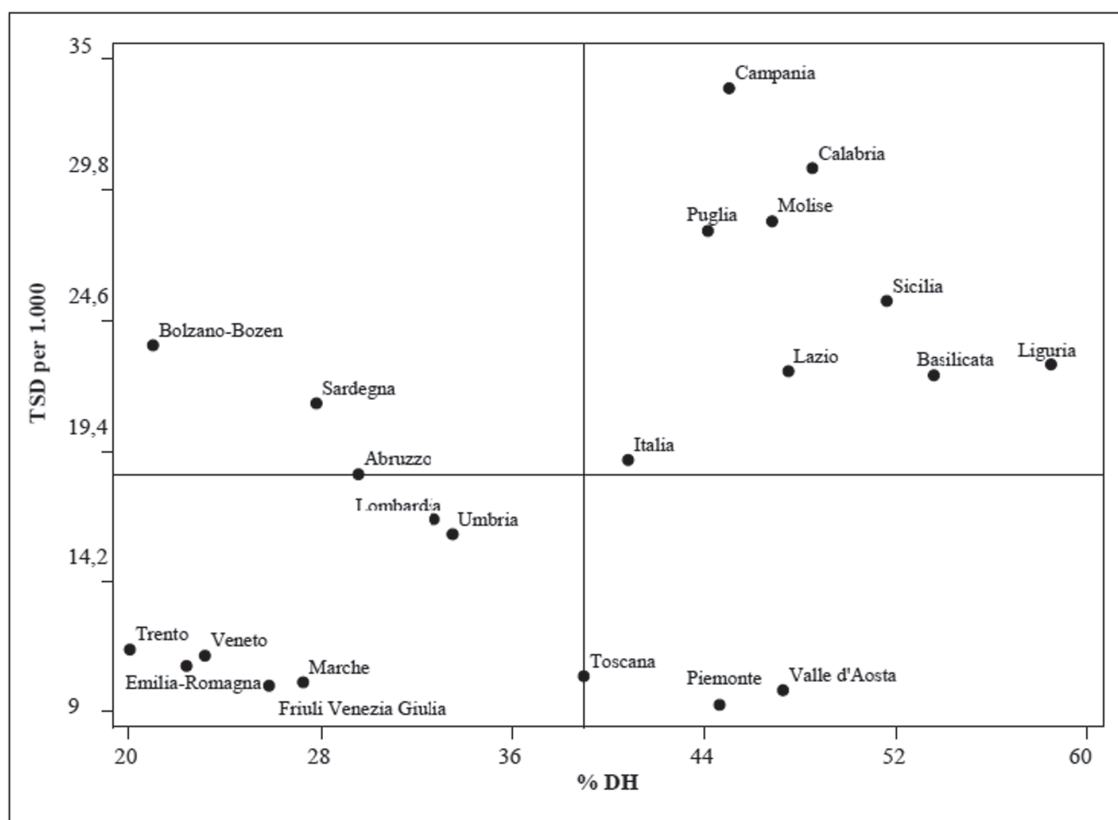
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Tabella 2 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per i DRG medici a rischio di inappropriatazza, per regione e regime di ricovero - Anni 2006-2008

Regioni	2006			2007			2008		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	6,0	4,6	10,6	5,57	4,3	9,9	5,1	4,2	9,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4,5	3,7	8,2	5,0	4,5	9,5	5,2	4,6	9,8
Lombardia	12,1	7,3	19,4	11,5	5,5	17,0	11,2	5,5	16,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>19,9</i>	<i>5,8</i>	<i>25,7</i>	<i>19,8</i>	<i>5,6</i>	<i>25,1</i>	<i>18,8</i>	<i>4,8</i>	<i>23,6</i>
<i>Trento</i>	<i>10,1</i>	<i>2,6</i>	<i>12,7</i>	<i>9,4</i>	<i>2,6</i>	<i>12,0</i>	<i>9,1</i>	<i>2,3</i>	<i>11,5</i>
Veneto	9,9	3,2	13,1	8,9	2,7	11,7	8,6	2,6	11,2
Friuli Venezia Giulia	7,5	3,05	10,6	7,2	2,8	10,1	7,2	2,9	10,0
Liguria	9,7	14,2	23,9	9,2	13,7	23,0	9,1	13,8	22,8
Emilia-Romagna	8,8	2,7	11,5	8,5	2,6	11,1	8,1	2,6	10,8
Toscana	6,7	4,7	11,4	6,4	4,3	10,7	6,1	4,3	10,4
Umbria	11,6	5,6	17,1	10,9	5,3	16,2	10,4	5,6	16,0
Marche	8,38	3,0	11,4	7,6	2,9	10,4	7,2	2,9	10,2
Lazio	15,0	13,8	28,7	12,9	11,0	24,0	11,8	10,8	22,6
Abruzzo	21,9	11,3	33,2	15,4	6,5	21,9	12,8	5,69	18,5
Molise	20,0	14,7	34,8	17,2	14,0	31,2	14,9	13,6	28,5
Campania	21,5	15,7	37,2	19,6	15,3	34,9	18,7	15,1	33,8
Puglia	18,2	11,4	29,7	16,8	12,2	29,0	15,7	12,5	28,2
Basilicata	12,2	13,6	25,8	10,0	12,6	22,6	10,3	12,1	22,4
Calabria	18,9	15,5	34,4	16,8	14,4	31,2	15,7	15,0	30,6
Sicilia	17,7	22,3	40,1	14,4	18,1	32,5	12,2	13,2	25,4
Sardegna	20,1	7,4	27,5	16,1	6,6	22,6	15,4	6,0	21,3
Italia	13,4	9,5	22,9	12,0	8,3	20,3	11,2	7,9	19,1

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

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

Grafico 2 - Percentuale di utilizzo del DH e tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per i DRG medici a rischio di inappropriatazza, per regione - Anno 2008

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

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi svolta conferma che, le indicazioni del DPCM 2001, sebbene in molte regioni siano rispettate ed in molti casi positivamente superate grazie all'adozione di efficaci politiche volte a contrastare il fenomeno dell'inappropriato uso dell'ospedale, in alcune regioni (quelle del primo e del secondo gruppo del Grafico 2) non hanno ancora sortito l'effetto atteso. Occorre, pertanto, continuare a promuovere azioni mirate alla riduzione della domanda di ricovero ed al progressivo trasferimento dell'attività di degenza ordinaria in DH e nella rete dei servizi ambulatoriali e distrettuali, senza trascurare l'esigenza di disporre di maggiori informazioni rispetto all'offerta ed all'accessibilità dei servizi ambulatoriali al fine di valutare compiutamente alcuni importanti determinanti dell'inappropriatezza dei ricoveri.

Rispetto a questo ultimo aspetto, il confronto dei dati, 2006-2008 conferma che in un numero sempre maggiore di regioni non sembra logico perseguire ancora l'obiettivo di trasferire attività di RO in DH e di incrementare la quota di ricovero in tale ambito. Infatti, avendo già agito sulla domanda e sulla struttura dell'offerta, tali realtà registrano TSD molto bassi, costanti decrementi dell'attività di DH per i DRG considerati e sembrano avere aperto un nuovo fronte che pone al centro dei percorsi diagnostici e terapeutici il livello di assistenza ambulatoriale distrettuale anche per prestazioni di una certa complessità. Tali nuove evidenze suggeriscono l'utilità di rimodulare le rispet-

tive ipotesi di analisi e di programmazione.

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

In termini di programmazione, occorre che sia concretamente recepita e perseguita l'indicazione della Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che abbassa a 180 per 1.000 abitanti il tasso di ospedalizzazione generale, che siano applicate le linee di programmazione sull'appropriatezza dell'ospedalizzazione stabilite nel Patto per la Salute 2010-2012 e che sia valutata l'opportunità che in tutte le regioni i DH di tipo medico siano sempre più sostituiti da modelli di organizzazione sul tipo del Day Service, in quanto livello di erogazione delle prestazioni maggiormente appropriato rispetto al ricovero. In una prospettiva di progressiva deospedalizzazione di alcune patologie, con la garanzia di adeguate condizioni organizzative, potrebbe essere opportuno prevedere specifiche penalizzazioni tariffarie per le prestazioni erogate in regime di DH in modo da incentivare il ricorso a modelli di erogazione meno onerosi ed altrettanto efficaci riguardo la qualità dell'assistenza erogata.

Ospedalizzazione con DRG medici da reparti chirurgici

Significato. L'indicatore è tra quelli previsti dal DM 12 dicembre 2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" e misura la quota di pazienti ricoverati e dimessi da un reparto chirur-

gico ospedaliero in cui si eseguono procedure diagnostiche e terapeutiche che non esitano in un intervento operatorio.

Percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medici

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

Numeratore Dimissioni ospedaliere da reparti chirurgici con DRG medici

 Denominatore Dimissioni ospedaliere da reparti chirurgici

Validità e limiti. In associazione ad altri indicatori dell'assistenza ospedaliera (tasso di ospedalizzazione, tasso di utilizzo delle strutture etc.) l'indicatore consente di misurare l'appropriato utilizzo dei reparti chirurgici ed è in grado di fornire indicazioni utili per valutare la corretta programmazione dell'offerta ospedaliera, in termini di adeguato dimensionamento delle Unità Operative (UO) di degenza afferenti alle aree delle discipline mediche e chirurgiche, e di adeguata definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici, sia intra che extra ospedalieri.

Se analizzato da solo, è importante premettere che una quota di pazienti dimessi da reparti chirurgici con DRG medici, è fisiologica e non del tutto eliminabile in quanto, anche a seguito di un corretto percorso assistenziale e di un idoneo inquadramento diagnostico, per le possibili evoluzioni delle condizioni cliniche, alcuni pazienti potrebbero non aver più necessità in quell'episodio di ricovero di un intervento chirurgico precedentemente previsto.

L'indicatore è, peraltro, robusto quando si confrontano reparti della medesima disciplina inseriti in contesti ospedalieri omogenei per *mission* e dimensionamento. Il confronto su base regionale consente di avere un quadro abbastanza preciso circa l'appropriato utilizzo dell'insieme dei reparti chirurgici anche se, per una corretta interpretazione dei risultati, occorre tenere conto delle diverse variabili che possono condizionare il dato. Tra queste si devono considerare particolari condizioni organizzative, come nel caso di ospedali di piccole dimensioni in cui le attività dei Dipartimenti di Emergenza non sono ancora del tutto strutturate, le situazioni in cui non sono attivate le funzioni di Triage e le Unità di Osservazione Breve nei Pronto Soccorso, ovvero non sono stati definiti adeguati Percorsi Diagnostico Terapeutici per alcune patologie *borderline* tra competenze di tipo internistico e chirurgico (esempio colica renale, dolore addominale etc). In questi casi le UO chirurgiche sono spesso obbligate a farsi carico direttamente, anche in regime di degenza ordinaria, dell'*iter* diagnostico di

molteplici quadri patologici che non esiteranno in una terapia chirurgica.

Valore di riferimento/Benchmark. Non sono presenti valori di riferimento dell'indicatore di tipo normativo. Il valore medio delle 3 regioni con migliore *performance* può fornire una misura concreta dei risultati che è possibile conseguire agendo sulla programmazione della struttura dell'offerta e sulla moderna organizzazione delle attività ospedaliere.

Descrizione dei risultati

La Tabella 1 ed il Grafico 1 mostrano che, la proporzione media nazionale di dimissioni da reparti chirurgici con un DRG medico nell'anno 2008, è del 35,7%. Dal 2006, il valore nazionale ha subito una lieve, ma costante riduzione (37,0% nel 2006 e 36,3% nel 2007). Nei 3 anni considerati, 16 su 21 regioni hanno diminuito il valore dell'indicatore, tra queste la Sicilia, la Puglia e l'Abruzzo in modo più consistente; 4 regioni presentano un incremento, lieve per quanto riguarda Molise, Calabria e Veneto, più consistente per quanto riguarda la Valle d'Aosta.

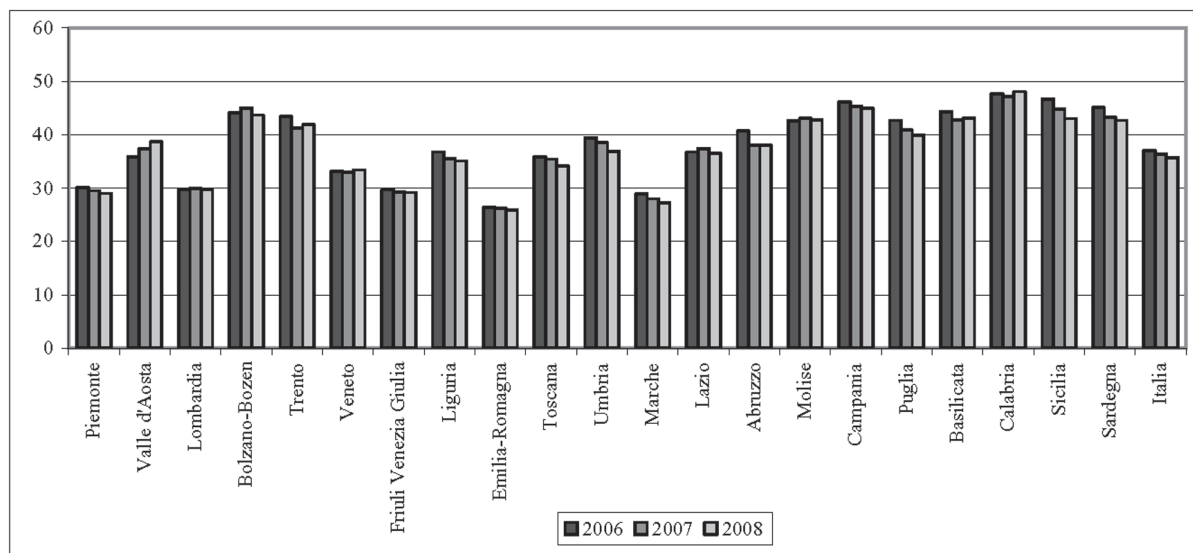
Il dato del 2008, come, peraltro, quelli relativi agli anni precedenti, presenta una elevata variabilità regionale ed un evidente gradiente tra le regioni settentrionali e meridionali. Presentano valori al di sotto della media nazionale tutte le regioni del Centro e del Nord, ad eccezione delle Province Autonome di Bolzano e Trento, della Valle d'Aosta, dell'Umbria e del Lazio. Tutte le regioni del Sud e le Isole presentano, senza eccezioni, valori al di sopra della media nazionale.

Le regioni con le percentuali più basse sono l'Emilia-Romagna, che registra anche il valore minimo (25,9%), le Marche (27,2%), il Piemonte (29,0%), il Friuli Venezia Giulia (29,2%) e la Lombardia (29,8). Le regioni dove si registrano i valori più alti sono, oltre alla Calabria che segna il valore massimo (48,1%), la Campania (45,0%), la PA di Bolzano (43,7%) e la Basilicata (43,1%).

Tabella 1 - Percentuale di dimissioni con DRG medici da reparti chirurgici per regione di ricovero - Anni 2006-2008

Regioni	2006	2007	2008
Piemonte	30,1	29,5	29,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	35,9	37,4	38,7
Lombardia	29,8	30,0	29,8
Bolzano-Bozen	44,1	45,0	43,7
Trento	43,4	41,2	41,9
Veneto	33,1	33,0	33,4
Friuli Venezia Giulia	29,7	29,3	29,2
Liguria	36,8	35,5	35,1
Emilia-Romagna	26,4	26,2	25,9
Toscana	35,8	35,4	34,2
Umbria	39,4	38,5	36,9
Marche	28,9	28,0	27,2
Lazio	36,8	37,4	36,5
Abruzzo	40,7	38,0	38,0
Molise	42,6	43,1	42,8
Campania	46,1	45,3	45,0
Puglia	42,7	40,9	39,9
Basilicata	44,3	42,8	43,1
Calabria	47,7	47,1	48,1
Sicilia	46,7	44,8	43,0
Sardegna	45,1	43,3	42,7
Italia	37,0	36,3	35,7

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Grafico 1 - Percentuale di dimissioni con DRG medici da reparti chirurgici per regione di ricovero - Anni 2006-2008

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante una quota di dimissioni da reparto chirurgico con un DRG medico sia da considerare incompriabile a causa dei possibili cambiamenti delle condizioni cliniche durante la degenza, l'estrema variabilità regionale suggerisce che diversi interventi possono essere messi in atto per ridurre questo fenomeno, soprattutto nelle regioni in cui esso è più elevato.

Il ricovero di pazienti che richiedono un intervento

chirurgico in reparti ospedalieri predisposti ed attrezzati per assicurare assistenza pre e post operatoria, non solo può tradursi in una maggiore efficienza nella gestione dei casi perché consente un razionale ed omogeneo utilizzo delle risorse, ma soprattutto può determinare benefici di tipo clinico-assistenziali per il paziente, aumentando la coerenza e la rispondenza dell'offerta ai bisogni del malato.

Gli interventi da porre in atto per migliorare la situa-

zione rilevata devono essere orientati verso un migliore dimensionamento dei reparti chirurgici, alla individuazione di aree di degenza omogenee organizzate per intensità di cure, al potenziamento dei Dipartimenti di Emergenza, alla qualificazione del Triage clinico ed all'istituzione di Unità di Osservazione Breve nei

Pronto Soccorso. Inoltre, non devono essere trascurate le azioni volte alla definizione di percorsi diagnostico-terapeutici che dovrebbero prevedere, sia per i ricoveri in urgenza che per quelli in elezione, l'ammissione in un reparto chirurgico solo dei pazienti con una precisa indicazione all'intervento.

Soddisfazione dei cittadini nei confronti dell'assistenza ospedaliera

Dott.ssa Lidia Gargiulo, Dott.ssa Laura Iannucci, Dott. Sante Orsini, Dott. Antonio Giulio de Belvis, Prof. Cesare Cislaghi

Sistemi che valutino a livello aziendale, regionale o locale la qualità assistenziale secondo la prospettiva del paziente possono colmare più efficacemente il *gap* tra cure erogate e cure che dovrebbero essere erogate (1). Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 pone la centralità della persona assistita come elemento fondante della *clinical governance* (2): la prospettiva del paziente rappresenta, infatti, un elemento centrale nella valutazione e nel miglioramento continuo della qualità di cura e coinvolge aspetti *core* del processo assistenziale, come la soddisfazione, la comunicazione, la trasparenza, la condivisione e la responsabilizzazione reciproca sulle decisioni terapeutiche, la gestione del dolore, oltre che la dignità ed il rispetto della persona.

Allo stato attuale, non sono ancora adeguatamente sviluppati sistemi di monitoraggio nazionale, sistematico e continuo, delle dimensioni della qualità riferite alla prospettiva del paziente.

Riportiamo, pertanto, i risultati dell'analisi svolta a partire dalle informazioni storiche raccolte da oltre 10 anni (dal 1997 al 2009) nell'ambito dell'Indagine Multiscopo annuale dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) sugli "Aspetti della vita quotidiana", riferite alle persone ricoverate nei 3 mesi precedenti l'intervista, volte a valutare 3 aspetti legati alla soddisfazione per il ricovero ospedaliero: l'assistenza medica, l'assistenza infermieristica ed il vitto (3).

L'indagine rileva la soddisfazione per l'ultimo ricovero tra le persone che dichiarano di aver effettuato almeno 1 ricovero nei 3 mesi precedenti l'intervista. Si utilizza una scala a 5 modalità: molto soddisfatto, abbastanza soddisfatto, poco soddisfatto, per niente soddisfatto e non so.

Per condurre l'analisi si è fatto ricorso, per ciascun aspetto considerato, al confronto tra la media triennale del giudizio riferito nelle ultime edizioni dell'indagine 2007-2009 e la valutazione riferita nel primo triennio d'indagine 1997-1999. In particolare, dopo un quadro generale che riporta i risultati più recenti sul livello di soddisfazione per l'assistenza medica, infermieristica e per il vitto fruiti durante l'ultimo ricovero nelle varie regioni, ci si è soffermati sull'analisi della quota dei molto soddisfatti nei 2 trienni considerati. La scelta di concentrarsi sulla modalità positiva estrema è suggerita dalla considerazione che è problematico attribuire alla modalità "abbastanza soddisfatto" un valore semantico omogeneo nelle varie realtà. Questa modalità, infatti, potrebbe assumere, nei diversi contesti, significati che gradano da "sufficiente" al "quasi" o "molto". Per poter superare tale ambiguità semantica, si è preferito analizzare a distanza di 10 anni la quota di quanti riportano un giudizio positivo molto netto, focalizzando l'attenzione sulle differenze rispetto alla quota nazionale ed al trend nei vari contesti territoriali.

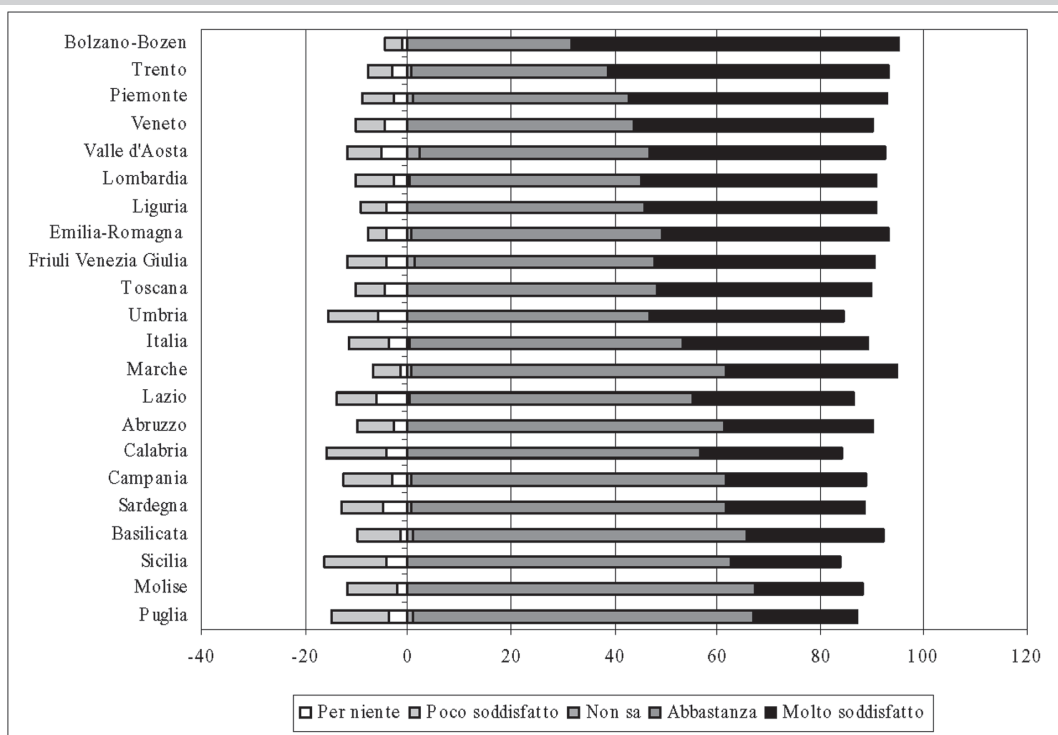
I risultati sono rappresentati con alcuni grafici, in cui i valori medi a livello nazionale sono stati assunti come benchmark e rappresentati con 2 linee perpendicolari: la linea orizzontale rappresenta il valore nel triennio 1997-1999, quella verticale il valore nel triennio 2007-2009. In questo modo è possibile individuare 4 quadranti: nel primo (I) si collocano le regioni che in entrambi i trienni presentano alti livelli di soddisfazione superiori alla media nazionale; nel secondo (II) le regioni che nel triennio 1997-1999 avevano livelli inferiori alla media nazionale e nel triennio 2007-2009, invece, hanno valori superiori alla media; il terzo quadrante (III) raccoglie le regioni che in entrambi i trienni presentano valori inferiori alla media nazionale; il quarto quadrante (IV) individua le regioni che passano da valori superiori alla media nazionale a valori inferiori.

Inoltre, la bisettrice permette di visualizzare le regioni rispetto al trend: trend in miglioramento (al di sopra della linea), trend stabile (sulla linea), trend in peggioramento (al di sotto della linea).

I Grafici 1, 2 e 3 riportano, rispettivamente per ciascun aspetto del ricovero (assistenza medica, assistenza infermieristica e vitto), i livelli di soddisfazione per regione nell'ultimo triennio osservato, ordinati secondo la quota regionale dei molto soddisfatti.

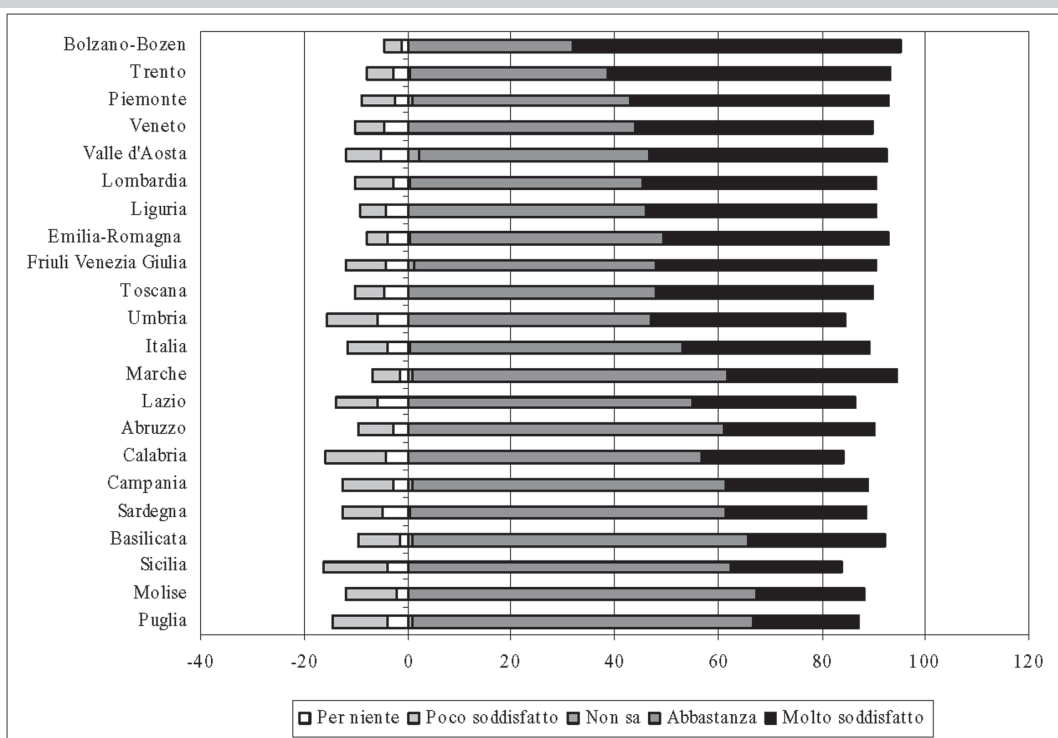
I risultati evidenziano quanto sia complessivamente positivo il giudizio sull'assistenza ricevuta in ospedale per un ricovero; ne è prova la quota molto contenuta dei giudizi negativi (poco o per niente soddisfatti) sull'assistenza durante il ricovero, riferibile all'assistenza medica ed infermieristica, mentre un pò più insoddisfacente è la qualità del vitto. A livello nazionale ben il 36,1% si dichiara molto soddisfatto dell'assistenza medica ricevuta ed il 52,8% abbastanza soddisfatto, i molto insoddisfatti non raggiungono il 4,0% ed i poco soddisfatti sono il 7,8%. Tuttavia, emerge ancora una volta un gradiente Nord-Sud che penalizza le regioni del Mezzogiorno i cui livelli di soddisfazione sono sempre più bassi della media nazionale.

Grafico 1 - Graduatoria regionale riferita alle persone molto soddisfatte del livello di soddisfazione per l'assistenza medica ricevuta durante il ricovero - Media anni 2007-2009



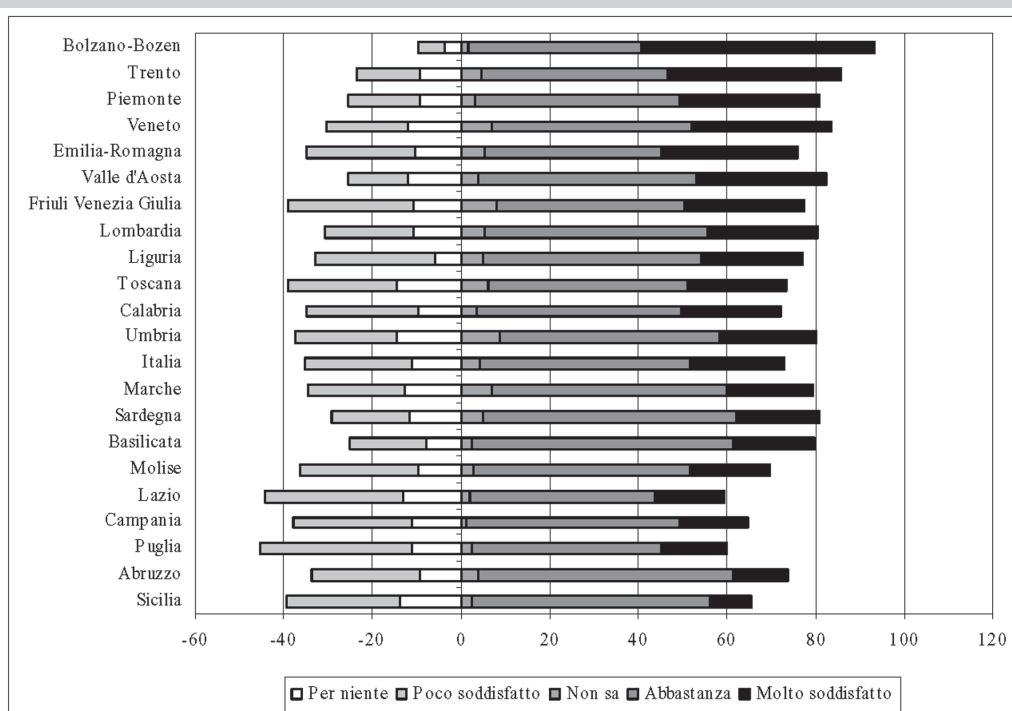
Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Grafico 2 - Graduatoria regionale riferita alle persone molto soddisfatte del livello di soddisfazione per l'assistenza infermieristica ricevuta durante il ricovero - Media anni 2007-2009



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Grafico 3 - Graduatoria regionale riferita alle persone molto soddisfatte del livello di soddisfazione per il vitto fruito durante il ricovero - Media anni 2007-2009



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Passando all'analisi dinamica dei singoli aspetti considerati, si osserva, a livello nazionale, un miglioramento degli aspetti legati alla prestazione sanitaria e ad un peggioramento di quelli legati agli aspetti di *comfort* residenziale. Ciò, quindi, ha determinato un riposizionamento delle varie regioni.

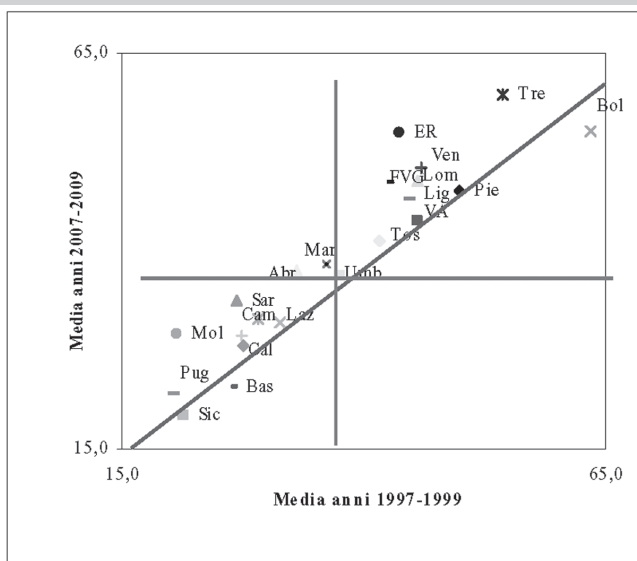
Assistenza medica

La quota di persone che si dichiarano molto soddisfatti per l'assistenza medica ricevuta durante il ricovero è aumentata, nell'ultimo decennio, dal 36,1% al 38,3%.

Nel quadrante I del Grafico 4 sono posizionate le regioni per le quali si registra un livello di elevata soddisfazione, superiore alla media italiana, in entrambi i trienni presi a riferimento. Tuttavia, si osservano differenze regionali nell'evoluzione temporale del fenomeno. Nel gruppo in cui si collocano la Lombardia, la PA di Trento, il Veneto, il Friuli Venezia Giulia e l'Emilia-Romagna, la soddisfazione è elevata e continua ad aumentare (miglioramento-sopra la bisettrice), per la Valle d'Aosta e la Toscana la quota di molto soddisfatti è stabile nel tempo (sulla bisettrice), invece, per la PA di Bolzano ed il Piemonte diminuisce (sotto la bisettrice). Nel quadrante opposto (III) si collocano le regioni che registrano un livello di soddisfazione più basso rispetto alla media nazionale in entrambi i trienni. Anche in questo caso è possibile distinguere le regioni che hanno migliorato i livelli di soddisfazione come il Molise, la Sardegna, l'Abruzzo, la Campania e la Puglia in cui la quota dei molto soddisfatti è cresciuta (sopra la bisettrice), quelle in cui la quota si è ridotta (Sicilia e Basilicata) ed, infine, le regioni con quote stabili nel tempo (Lazio e Calabria).

Negli altri 2 quadranti, si rilevano situazioni ibride che riguardano, per motivi opposti, Marche ed Umbria: la prima, a distanza di 10 anni vede un lieve aumento della quota dei molto soddisfatti eguagliando la media nazionale, mentre l'Umbria, che partiva da livelli superiori alla media nazionale, fa registrare valori simili al dato Italia.

Grafico 4 - Variazioni assolute dalla media nazionale delle percentuali di persone "molto soddisfatte" per l'assistenza medica ricevuta durante il ricovero - Medie anni 1997-1999 e 2007-2009



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

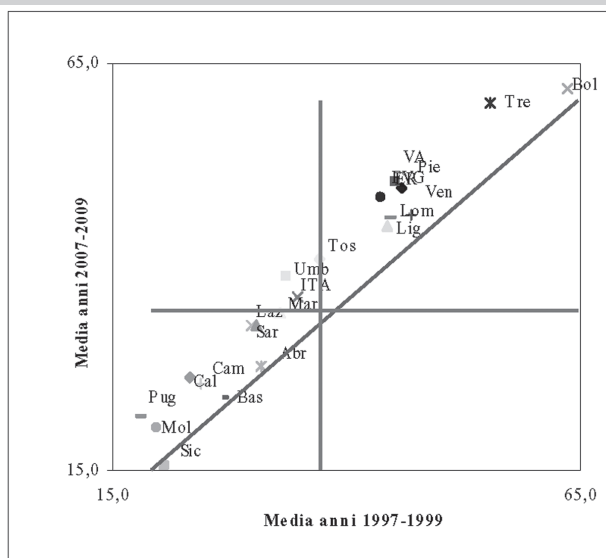
Assistenza infermieristica

Il livello di soddisfazione per questo aspetto dell'assistenza ospedaliera è migliorato nell'arco di tempo considerato, passando da 34,8% a 36,3% la quota dei molto soddisfatti.

Le regioni dell'Italia centro-setterionale conservano, nel tempo, quote di elevata soddisfazione dell'assistenza infermieristica superiori al valore della media italiana (quadrante I). Anche in questo caso alcune migliorano ulteriormente: Valle d'Aosta, Piemonte, PA di Trento, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Toscana, mentre altre restano stabili: Lombardia, PA di Bolzano, Veneto e Liguria.

Le regioni che nel confronto tra i trienni considerati rimangono con livelli di soddisfazione per l'assistenza infermieristica inferiori alla media italiana (quadrante III) appartengono, tranne il Lazio e le Marche, al Mezzogiorno. Tuttavia, si osservano alcune differenze, statisticamente significative, rispetto all'andamento temporale: la soddisfazione migliora in Puglia, nel Lazio, in Calabria ed in Sardegna; peggiora in Abruzzo ed in Sicilia; resta stabile nelle Marche, in Molise, in Campania ed in Basilicata.

Grafico 5 - Variazioni dalla media nazionale delle percentuali di persone "molto soddisfatte" per l'assistenza infermieristica ricevuta durante il ricovero - Medie anni 1997-1999 e 2007-2009



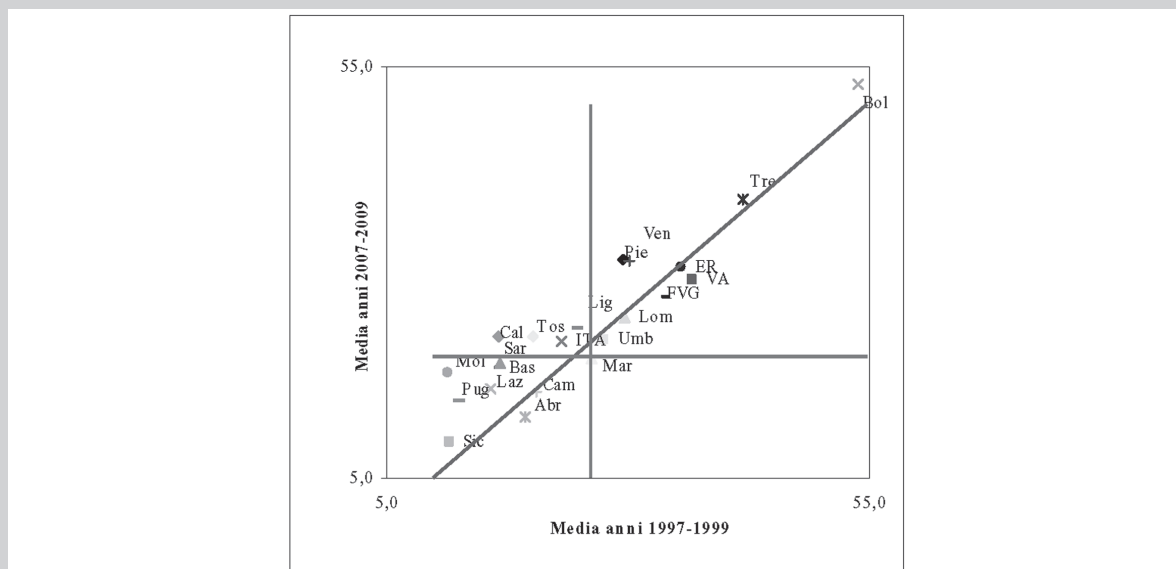
Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Vitto

Complessivamente in Italia, nell'arco di tempo considerato, peggiora la soddisfazione per il vitto ricevuto durante il ricovero ospedaliero, passando dal 23,2% al 21,6%.

Nel quadrante I del Grafico 6 si collocano le regioni del Nord. Tra queste il Piemonte è l'unica regione che vede aumentare ulteriormente la quota dei molto soddisfatti per il vitto ospedaliero; la PA di Trento, il Veneto e la Liguria mantengono quote di molto soddisfatti stabili nel tempo; la Valle d'Aosta, la Lombardia, la PA di Bolzano, il Friuli Venezia Giulia e l'Emilia-Romagna fanno registrare, invece, una flessione di tali quote.

Grafico 6 - Variazione dalla media nazionale delle percentuali di persone "molto soddisfatte" per il vitto fruito durante il ricovero - Medie anni 1997-1999 e 2007-2009



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Tra le regioni per cui si registra nel tempo un livello di soddisfazione per il vitto inferiore alla media italiana (quadrante III) peggiorano ulteriormente Abruzzo, Campania e Sicilia; rimangono stabili Lazio e Basilicata, mentre migliorano Molise, Puglia e Sardegna. Riguardo alle altre regioni, c'è da segnalare che la Toscana e la Calabria migliorano i livelli di soddisfazione poiché passano da quote inferiori alla media nazionale a quote analoghe alla media italiana; Umbria e Marche si caratterizzano per un peggioramento dei livelli alti di soddisfazione, passando da livelli superiori alla media a livelli inferiori (Marche) o analoghi alla media nazionale (Umbria).

Conclusioni

Complessivamente, il livello di soddisfazione per l'assistenza medico-infermieristica nei soggetti che hanno avuto un ricovero è elevato, mentre la soddisfazione per la qualità del vitto risulta bassa.

L'interpretazione dei risultati richiede, comunque, alcune cautele: il livello di soddisfazione può essere influenzato dalle aspettative del soggetto, dall'età, nonché dall'esito dell'evento legato alla prestazione; inoltre, generalmente, per l'analisi del livello di soddisfazione della qualità percepita in ospedale si preferisce utilizzare come unità di analisi le singole strutture ospedaliere, anche se la fonte informativa qui utilizzata ha, comunque, il non trascurabile vantaggio di essere rappresentativa sia a livello nazionale che regionale (4). A livello nazionale, i risultati rilevati vanno valutati considerando che, generalmente, nelle indagini sulla qualità percepita, chiedere ai cittadini di valutare la qualità dei servizi ospedalieri su macro-aspetti generali produce risultati più lusinghieri di quanto avviene rispetto ad indagini che vertono su problematiche più specifiche (5). A livello regionale i dati sembrano confermare quanto già emerso in altri lavori sul giudizio complessivo sul servizio sanitario erogato a livello territoriale ed alla conseguente disomogeneità tra Nord e Sud, con le regioni del Centro in una situazione generalmente intermedia (6). Il confronto tra i trend sembra confermare come tali disparità si stiano consolidando.

Ben lungi dal fornire "pagelle" sulla qualità percepita del servizio ospedaliero, queste informazioni sono utili per arricchire il quadro conoscitivo a disposizione del programmatore sanitario, per capire quanto il sistema sanitario riesca a soddisfare in maniera efficace la domanda di assistenza ospedaliera e per disegnare le strategie da adottare per tentare di rispondere al meglio al bisogno di salute in un contesto di contenimento e di razionalizzazione delle risorse a disposizione (3).

Riferimenti bibliografici

- (1) Cleary PD. A hospitalization from hell: a patient's perspective on quality. *Ann Intern Med.* 2003 Jan 7; 138 (1): 33-9.
- (2) Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Disponibile sul sito: <http://www.salute.gov.it/normativa/sezNormativa.jsp?label=psn>, ultimo accesso il 5 agosto 2010.
- (3) Gargiulo L, Iannucci L, Sabbadini LL, Cislighi C. L'ospedale: accesso e livello di soddisfazione nell'indagine multiscopo Istat. Supplemento al numero 24 2009 di Monitor. Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Anno VIII Numero 24 2009. Roma, 2010.
- (4) Olteidal S, Garratt A, Bjertnaes Ø, Bjørnsdottir M, Freil M, Sachs M. The NORPEQ patient experiences questionnaire: data quality, internal consistency and validity following a Norwegian inpatient survey. *Scand J Public Health.* 2007; 35 (5): 540-7.
- (5) Bruster S, Jarman B, Bosanquet N, Weston D, Erens R, Delbanco TL. National survey of hospital patients. *BMJ* 1994; 309: 1.542-1.546.
- (6) Spizzichino D. Percezione del Servizio Sanitario Nazionale. In: Rapporto Osservasalute 2009. Prex, Milano, 2010.

Hospice e cure palliative: stato dell'arte nelle regioni

Dott.ssa Danila Valenti, Dott.ssa Rosanna Favato, Dott. Gianlorenzo Scaccabarozzi, Dott. Giovanni Zaninetta

Aspetti istituzionali ed organizzativi

L'*hospice* è una struttura residenziale che accoglie i malati inguaribili in fase avanzata ed avanzatissima (terminale) di malattia che necessitano di cure palliative in un ambiente sanitario.

Nel 1994, il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1994-1996 (DPR n. 107/1994 di "Approvazione del PSN per il triennio 1994-1996"), aveva affrontato il problema dell'assistenza ai pazienti terminali (assistenza domiciliare e di ospedalizzazione al domicilio), ma solo nel 1998, nel PSN 1998-2000 (Obiettivo IV) viene affrontata in maniera sistematica e programmatica la necessità di realizzazione di strutture residenziali di cure palliative.

I requisiti specifici sono stati emanati con il DPCM 20 gennaio 2000, "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative", definendo chiaramente ed in modo vincolante i requisiti tecnologici e strutturali, ma delineando solamente in termini generali i requisiti organizzativi (4).

Il Libro Bianco degli *hospice* (5), pubblicato nel novembre 2007, ha evidenziato che a dicembre 2006 gli *hospice* operativi erano 105, per un totale di 1.229 posti letto (pari a 0,21 posti letto ogni 10.000 abitanti). Questi 105 *hospice* operativi costituiscono una parte dei 243 *hospice* programmati, sulla base del DL n. 450/1998, convertito nella Legge n. 39/1999, in tutte le regioni italiane, per un totale di 2.736 posti letti (pari a 0,47 posti letto ogni 10.000 abitanti).

La maggior parte delle strutture *hospice* previste dai programmi regionali risultano finanziate dal Ministero della Salute (DM 28 settembre 1999 e 5 settembre 2001), il quale negli anni dal 1998 al 2002 ha assegnato alle Regioni circa 206,6 milioni di euro, ammettendo al finanziamento 187 progetti per un totale di 2.044 posti letto (in media 11,1 posti letto per ogni *hospice*).

Fra i 105 *hospice* già operativi nel 2006, si evidenziava una preponderanza di *hospice* a gestione pubblica (54 strutture, pari al 51,4%), seguiti dagli *hospice* gestiti da organizzazioni del terzo settore (31 strutture, pari al 29,5%), mentre risultano meno numerosi gli *hospice* privati (10 strutture, pari al 9,5%) e quelli a gestione mista (10 strutture, pari al 9,5%).

Entro la fine del 2008 era stato stimato che in Italia sarebbero stati operativi 206 *hospice*, dei 243 programmati, ma nel 2009 ne risultavano attivi 164.

È in pubblicazione il secondo Libro Bianco degli *hospice*, con un approfondimento degli aspetti economici su un campione di 32 *hospice*.

Aspetti economico-finanziari

La tariffa per l'assistenza in *hospice* è calcolata come diaria giornaliera.

Le 2 principali modalità di calcolo della diaria giornaliera sono:

- 1) una diaria omnicomprensiva (ad esempio Lombardia, Piemonte), con la quale si deve far fronte a tutte le necessità legate all'erogazione dei servizi;
- 2) una diaria a parziale copertura dei costi: la tariffa rimborsa i costi alberghieri ed i costi relativi al personale, mentre mediante appositi accordi l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) interviene con l'erogazione diretta di beni e servizi sanitari (farmaci, presidi medico-chirurgici, visite, diagnostica, sangue ed emocomponenti etc.) volti a completare il profilo di cura.

L'attività in Day Hospital (DH) ed in ambulatorio in molte regioni rappresenta un requisito per le unità di cure palliative, mentre in altre regioni (ad esempio l'Emilia-Romagna) non è ammessa nell'ambito degli *hospice*. Per le relative prestazioni, ove previste dalla normativa, si fa riferimento, rispettivamente, al sistema di tariffazione del nomenclatore tariffario nazionale/regionale ed alla tariffazione nazionale/regionale a DRG. Si propone nella Tabella 1 un prospetto riepilogativo di tariffazioni in essere in alcune regioni (6).

Tabella 1 - Tariffazione del ricovero in hospice in alcune regioni

Regioni	Anni	Tipologia di hospice	Retta giornaliera pro-degenza (€)	Contributo per l'accompagnatore	Nota sulla tariffazione
Emilia-Romagna	2002	Nessuna differenza fra le tipologie di hospice	175,60	Non è previsto alcun contributo per l'accompagnatore	Al netto di farmaci e altri materiali sanitari di consumo, eventuali consulenze (1)
	2004		181,00		
	2006		188,00		
	2008		192,00		
	2009		197,00		
Lazio	1999	La tariffa è unica per l'assistenza sia presso l'hospice, sia in assistenza domiciliare	129,11	La tariffa è unica per l'assistenza sia presso l'hospice, sia in assistenza domiciliare	Al netto di farmaci, sangue e ossigeno
	2000		232,41		
	2009	La tariffa viene differenziata per i 2 setting assistenziali, con l'obbligo per gli hospice di prevedere anche l'assistenza domiciliare con un rapporto fra posti letto hospice e domiciliari 1:4	202,80 (100,33 in assistenza domiciliare)		
	1998	Hospice residenziale socio-sanitario (2)	189,50	La tariffa è comprensiva dei "51.60 € per il posto dell'accompagnatore" di fatto sempre corrisposti, indipendentemente dalla effettiva permanenza in hospice del familiare (4)	Tariffa omnicomprensiva
		Hospice ospedaliero-sanitario (3)	253,06		
Lombardia	2003	Hospice residenziale socio-sanitario	214,70		
		Hospice ospedaliero-sanitario	invariato		
	2007	Hospice residenziale socio-sanitario	225,45		
		Hospice ospedaliero-sanitario	invariato		
Piemonte	2001	Hospice residenziale extra-ospedaliero	258,30		È previsto un abbattimento del 40% della tariffa giornaliera a partire dal 121° giorno di ricovero consecutivo
Veneto	2006	Hospice (per adulti)	232,40		Tariffa omnicomprensiva
		Hospice pediatrico	500,00		
Sicilia	2001	Hospice ospedaliero	201,42	La tariffa "è incrementabile di 7.75 € in caso di presenza di un accompagnatore"	Al netto di farmaci e ausili
	2009		220,00		

Note: 1) La spesa aggiuntiva relativa a beni e servizi sanitari che l'ASL affronta e della quale richiede il rimborso per i pazienti non residenti nella ASL di ubicazione della struttura, è pari a 45 € a giornata di degenza (DGR n. 1.121/2006). 2) In Lombardia l'hospice socio-sanitario è di competenza dell'Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale, con inevitabili contrazioni nella tipologia di prestazioni sanitarie erogabili. 3) In Lombardia l'hospice sanitario è di competenza dell'Assessorato alla Sanità. 4) In Lombardia l'incremento di £100.000 pz/die (51.60 €) per tutta la durata della degenza, era previsto nel caso le strutture accreditate mettessero a disposizione per malati terminali camere singole con un posto letto per accompagnatore con annessi servizi separati (DGR VI/25.608 del febbraio 1997). Essendo quest'ultima situazione strutturale requisito poi previsto dal DPCM 20 gennaio 2000, pubblicato in G.U. 21 marzo 2000, è conseguito l'automatico incremento tariffario.

Uno studio del 2008 (2) ha valutato nella progettazione dell'*hospice* del Bellaria dell'ASL di Bologna i costi della struttura che dispone di 13 posti letto ed è ubicato all'interno di una struttura ospedaliera. Per la definizione dei costi si sono utilizzati diversi strumenti: parte dei costi sono stati definiti sulla base dell'esperienza dell'*hospice* Maria Teresa Chiantore Sèragnoli di Bentivoglio, altri costi sono, invece, stati definiti sulla base dei costi per servizi (ad esempio appalti, forniture etc.) in essere all'interno dell'ASL di Bologna.

Sono stati considerati: 1) beni di consumo sanitari e non sanitari; 2) prestazioni sanitarie; 3) fornitura di materassi antidecubito; 4) servizi appaltati (lavano, servizio di pulizia, servizio smaltimento rifiuti); 5) servizio fornitura pasti; 6) servizi tecnici; 7) personale (la costruzione del costo del personale è stata strutturata, su proposta del servizio amministrazione del personale, in base ai costi del personale comprensivi degli oneri a carico dell'azienda); 8) costi generali.

Il costo pieno di una giornata di degenza, così calcolato, è pari a 329.77 €, che corrisponde ad un costo di 1 milione e 408.451 € per la gestione annua dei 13 posti letto.

Aspetti legati ai flussi informativi

In Emilia-Romagna a partire dal 1 gennaio 2002 (DGR 589/2002) è operativo il flusso informativo *hospice* (Scheda di Dimissione Hospice) per il monitoraggio delle attività.

Nel 2010, il Ministero della Salute nell'ambito del "Sistema informativo per il monitoraggio degli interventi posti in essere per le non autosufficienze" ha realizzato, con la Commissione ministeriale ex art. n. 9 Legge n. 38 che ha il contributo dei professionisti del settore ed i rappresentanti delle regioni, un flusso informativo *ad hoc*. Tale flusso permetterà, su base nazionale, di monitorare non solo i dati di attività, ma anche di raccogliere informazioni sulle diverse complessità cliniche ed assistenziali dei pazienti ricoverati in *hospice*.

La discussione e l'approvazione del nuovo flusso informativo *hospice* è calendarizzata nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni negli ultimi mesi del 2010.

Criticità

Scarsa attenzione al riconoscimento economico dei programmi di assistenza al lutto

Le Raccomandazione del Consiglio d'Europa Rec (2003) 24 (*The organization of palliative care and explanatory memorandum*), adottata dal Comitato dei Ministri il 12 Novembre 2003 alla 860° seduta del ViceMinistri sottolinea che il *core* delle cure palliative comprende:

- 1) il controllo dei sintomi;
- 2) i problemi psicologici, spirituali ed emozionali;
- 3) il supporto alla famiglia;
- 4) il supporto al lutto e che questi elementi hanno pari valenza e devono essere affrontati con uguale intensità di sforzi e di impegno di risorse.

Nonostante questi enunciati in Italia i programmi di assistenza al lutto non trovano adeguato riconoscimento economico. Il tempo e l'impegno di risorse dedicato alla cura della salma e l'assistenza al lutto assicurata a tutta la famiglia anche solo nei giorni immediatamente successivi al decesso del paziente non trovano riscontro in alcuna normativa regionale. A titolo volontario sono ad oggi portati avanti in alcuni *hospice* i programmi di assistenza al lutto organizzati, con sistematici contatti telefonici ai *caregiver* e colloqui individuali e di gruppo.

Assenza della compensazione interregionale

Per quanto concerne gli aspetti socio-economici, si evidenzia come l'*hospice*, pur essendo una realtà che risponde prevalentemente ai bisogni della popolazione locale, conosca un fenomeno di migrazione di pazienti da altre regioni, soprattutto per motivi oncologici, legata spesso a problemi di ricongiungimento familiare. È emblematico il caso del genitore anziano che, per eseguire trattamenti antitumorali e per avere la garanzia di un adeguato supporto familiare nella malattia, si trasferisce nella regione in cui da decenni vivono e risiedono i figli, acquisendo il domicilio, ma mantenendo la residenza nella regione di provenienza.

La collocazione ospedaliera di un *hospice*, peraltro, rende ancor più probabile la possibilità che pazienti provenienti dalla struttura per acuti, residenti in altre regioni, richiedano il ricovero in *hospice*.

Attualmente, gli *hospice* non sono inseriti nel circuito delle compensazioni interregionali (come accade invece per i reparti ospedalieri per gli acuti): il pagamento delle prestazioni e dei ricoveri in *hospice* è oggetto di fatturazione diretta da parte della struttura erogatrice o da parte dell'ASL competente territorialmente che ne abbia anticipato l'onere per l'ASL di residenza dell'assistito. Tutto ciò espone il paziente, che necessita di ricovero in *hospice*, a possibili dinieghi, dal momento che il ricovero, anche se presso una struttura accreditata con il SSN, deve essere autorizzato, con assenso alla copertura della spesa da parte dell'azienda fuori regione di residenza.

L'accreditamento al SSN dovrebbe rappresentare di per sé garanzia sufficiente per l'amministratore che deve autorizzare il ricovero. Dovrebbe, peraltro, valere il principio della libera scelta, come avviene per le altre strutture accreditate. La Corte di Cassazione con una sentenza del 2001 ha qualificato chiaramente come "diritto soggettivo" la libertà di scelta da parte del cittadino tra strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e ne ha, pertanto, previsto la tutela davanti al giudice ordinario.

Si auspica quindi che si arrivi anche per gli *hospice* ad una compensazione interregionale, che potrà realizzarsi solo al verificarsi di alcune precondizioni, quali:

- un sistema informativo nazionale unico per tutti gli *hospice* accreditati (già realizzato dalla Commissione ex art. 9 della Legge n. 38 sulle Cure Palliative, in discussione nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni);
- una maggiore omogeneità del livello di prestazioni sanitarie e del livello assistenziale dei diversi modelli organizzativi;
- una maggiore omogeneità tariffaria per il ricovero in *hospice* o, quanto meno, la realizzazione di una tariffa concordata nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni, valida per la mobilità interregionale.

La compensazione interregionale del ricovero in *hospice*, anche se interessa una percentuale minima di pazienti, di fatto costituirebbe un ulteriore passo verso il riconoscimento del diritto alle cure palliative.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization. Technical Report Series 804, Geneva Cancer Pain Relief and Palliative Care,(1) 1990.
- (2) Valenti D, Protonotari A, Favato. R, et al, La progettazione dell'Hospice dell'Ospedale Bellaria di Bologna, sull'esperienza dell'Hospice Maria Teresa Chiantore Seràgnoli di Bentivoglio (Bo), Politiche sanitarie, 2008, 9 (2); 84-94.
- (3) Zaninetta G; L'hospice nella realtà italiana. Quaderni di cure palliative, 1995; 3 (1): 45-47.
- (4) Favato R e Valenti D : Particolari tipologie di strutture di ricovero: l'Hospice in "A.Zaglio,: Trattato di legislazione ospedaliera ", pag. 545-568, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova, gennaio 2009.
- (5) Società Italiana di Cure Palliative, Fondazione Isabella Seràgnoli, Fondazione Floriani: Hospice in Italia. Prima Rilevazione Ufficiale, 2006, a cura di Furio Zucco, Milano, Medica Editoria e Diffusione Scientifica, 2007.
- (6) Valenti D, Colazzo L, Negretti C, Nahas S e Franceschini C: Hospice care for terminal cancer patients, in Guido Biasco e Stephan Tanneberger: Cancer Medicine and the Dawn of the 21st Century: the view from Bologna, Bononia University Press, Bologna, luglio 2006.