

## Assistenza territoriale

L'assistenza territoriale comprende una serie di servizi rivolti alla comunità che si svolgono in un contesto prevalentemente extra-ospedaliero. Affinché in essa prevalga una finalità di assistenza integrata, sostenibile e volta al soddisfacimento dei bisogni di salute, piuttosto che una mera riclassificazione dell'offerta extra-ospedaliera, è necessario definire ed orientare le caratteristiche dell'assistenza primaria.

Nelle precedenti edizioni del Rapporto Osservasalute sono state delineate le tappe fondamentali del processo che ha permesso, nel corso degli ultimi decenni, di passare da un concetto di *Primary Care* (PC), focalizzato principalmente sull'erogazione dei servizi sanitari, prevista in centri di assistenza primaria (sedi di erogazione), a quello di *Primary Health Care* (PHC), in cui si pone l'attenzione non solo ad aspetti di offerta, ma anche ad aspetti organizzativi come quelli riguardanti l'integrazione tra attori professionali ed assistiti che devono essere alla base dei processi di trasformazione all'interno di sistemi sanitari evoluti (1).

Pertanto, volendo fornire una definizione operativa dell'assistenza primaria, possiamo affermare che questa è rappresentata da interventi di primo livello, caratterizzati da una fase di primo contatto e da azioni di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, trattamento, riabilitazione, *counselling*, rivolte a patologie acute a bassa complessità specialistica e tecnologica, a patologie croniche ed a condizioni di fragilità e/o non autosufficienza, in varie sedi di trattamento (ad esempio domicilio, residenze, ambulatorio). Inoltre, la PHC si occupa, anche, della presa in carico, dell'indirizzo unitario tra livelli assistenziali diversi e della garanzia della continuità assistenziale (2-3).

La PHC può essere considerata, pertanto, come un sistema adattativo complesso inteso come insieme di attori autonomi nella loro attività in modo da non essere sempre totalmente prevedibili e le cui azioni sono interconnesse e tali da influenzarsi a vicenda (4).

Nella sua complessità l'assistenza primaria, caratterizzata da una molteplicità di relazioni multiprofessionali, multidisciplinari e multisettoriali, può essere considerata in termini di rete di relazioni a livello territoriale e tra territorio ed ospedale.

Le caratteristiche principali di complessità che si riscontrano nella PHC sono:

- la presenza di limiti indefiniti con continui cambiamenti che possono portare anche ad azioni inaspettate (ad esempio lo sviluppo del concetto di assistenza intermedia, l'estensione dei profili professionali, lo sviluppo di diversi modelli di committenza e produzione del distretto; lo sviluppo di un'offerta di servizi sempre più "indiretta" e cioè fornita da professionisti ed organizzazioni con natura giuridica diversa dalla Azienda Sanitaria Locale e capaci di creare reti dotate di autonomia organizzativa);
- la capacità di dare risposte attraverso l'utilizzo di un *set* di regole interiorizzate in grado di guidare le azioni stesse (ad esempio esperienze di buona pratica nei distretti, sviluppo di *clinical governance* a livello territoriale) (5);
- la capacità di interagire con altri sistemi che influenzano la sua evoluzione, creando tensioni e paradossi non necessariamente da risolvere, quanto piuttosto da vivere come occasione per migliorare la *performance* collettiva di tutti i soggetti coinvolti, attraverso approcci originali alla risoluzione dei problemi (ad esempio interazione con ospedale, sociale, terzo settore, privato *for profit*, medicina generale);
- l'imprevedibilità, essendo la PHC caratterizzata da elementi mutevoli, relazioni non lineari e comportamenti sensibili a piccoli cambiamenti (azione di *leadership* di singoli o gruppi; modifiche organizzative, normative, finanziarie ed economiche; adozione di strumenti innovativi tecnico-professionali o organizzativi).

Tale sistema complesso nel nostro Paese deve garantire ai cittadini il soddisfacimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) distrettuali all'interno di una *governance* pubblica. L'importanza del monitoraggio e della verifica dei LEA viene confermata nel Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 (6).

Per il successo di tale sistema è necessario il soddisfacimento del fabbisogno di coordinamento organizzativo, e cioè la ricomposizione unitaria delle azioni di *policy maker*, amministratori, singoli operatori ed assistiti per il raggiungimento delle finalità istituzionali.

Tale azione di ricomposizione prevede interventi di focalizzazione su alcuni principi, alla base del sistema di PHC, che sostengano la *leadership* di tutti gli attori e lo sviluppo di meccanismi operativi (regole) meno burocratici e gerarchici, nonché più funzionali e professionali.

Questi principi sono:

- un approccio orientato alla comunità in cui si passi da un'attenzione esclusiva alle problematiche cliniche che

hanno spinto il singolo paziente all'interno del *setting* assistenziale (approccio *Individually Oriented*), ad una attenzione estesa anche ai determinanti di salute che interessano l'intera popolazione (approccio *Community Oriented*). Questi, che hanno avuto impatto sulla condizione patologica che ha colpito l'individuo (stili di vita, fattori socio-economici, fattori demografici) diventano oggetto di valutazione epidemiologica e di azioni di promozione della salute e prevenzione delle patologie per la comunità (7);

- un approccio basato sull'attenzione ai bisogni di assistenza della persona, in cui si passi da un'offerta di servizi/prestazioni frammentata (*Fragmented Care*) dovuta alla centralità esclusiva dei saperi specialistici, considerando come prioritarie le esigenze degli operatori sanitari, ad un recupero della centralità della persona (*Person-Focused Care*), la quale necessita di uno specifico percorso assistenziale che integri le azioni di professionisti ed organizzazioni sul suo bisogno di salute (8).

Queste esigenze di integrazione si riscontrano, soprattutto, sugli interventi rivolti a soggetti affetti da patologie croniche, fragili e/o non autosufficienti che rappresentano alcuni dei *target* principali della PHC. Il carico di malattia attribuito alle condizioni croniche gestite, prevalentemente, a livello territoriale è in continuo aumento; infatti, ad oggi, sono da imputare a questa causa l'86,0% dei decessi totali in Europa, con una perdita di anni di vita in buona salute del 77,0%, con un pari aumento della spesa sanitaria (9).

In linea con questi aspetti, nel presente Capitolo verranno rappresentati i *core indicator*.

Per quanto riguarda il paziente non autosufficiente e/o fragile: Assistenza Domiciliare Integrata; Posti letto residenziali per *long-term care*; Ospiti nei presidi residenziali per *long-term care*.

Per quanto riguarda il paziente cronico: Ospedalizzazioni potenzialmente evitabili per complicanze a lungo termine del diabete mellito, della bronco pneumopatia cronico-ostruttiva e dell'insufficienza cardiaca senza procedure cardiache.

Completano il Capitolo tre Box. Il primo sulla valutazione della qualità dell'assistenza pediatrica territoriale: un caso di studio; il secondo sulla mortalità riconducibile ai servizi sanitari, presentando l'esperienza della Svizzera ed il confronto con l'Emilia-Romagna; il terzo su uno strumento di governo clinico nell'ambito dell'assistenza primaria adottato dalla Regione Lombardia: i *Chronic Related Groups*.

#### Riferimenti bibliografici

- (1) Damiani G., et al. Assistenza Territoriale. Rapporto Osservasalute 2010. Milano: Edizioni Prex.
- (2) Guzzanti E., Longhi T. Medicina di base e medicina ospedaliera. Federazione Medica 1985; 9: 1005-1011.
- (3) Guzzanti E. L'Assistenza Primaria in Italia. Dalle condotte mediche al lavoro di squadra. Edizioni Iniziative sanitarie, 2009.
- (4) Plsek PE., Greenhalgh T. Complexity science: the challenge complexity in health care. BMJ. 323 (7313): 625-8; Sep 15 2001.
- (5) Corsalini E., Vendramini E. Integrare la rete dei servizi territoriali. Contenuti, forme e risultati delle best practice in Italia. Egea 2010.
- (6) Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 (G.U. n.3 del 5 gennaio 2010) - Patto per la Salute per gli anni 2010-2012.
- (7) Hogg W et al. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. International Journal for Quality in Health Care 2008; Volume 20, Number 5: pp. 308-313.
- (8) Health services research: helping tackle Europe's health care challenges. Policy Brief. Working Conference Health Services Research in Europe: 8-9 April 2010 . The Hague, Netherlands [www.healthservicesresearch.eu](http://www.healthservicesresearch.eu) (last accessed 28/06/2011).
- (9) Gaining health, The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, World Health Organizations, 2006.

## Assistenza Domiciliare Integrata

**Significato.** La transizione epidemiologica avvenuta nel corso del XX secolo nel nostro Paese, interessato oggi da profondi mutamenti demografici, su tutti il crescente invecchiamento della popolazione, comporta la necessità di un approccio integrato nella gestione delle patologie cronico-degenerative, che rappresentano, attualmente, la prima causa di mortalità e di morbosità.

Oggi, in Italia, le persone di età >65 anni rappresentano oltre il 20% della popolazione con una tendenza in costante e continua crescita nei prossimi anni.

L'indagine Multiscopo 2004-2005 dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari" ha rilevato che il 18,5% degli ultra 65enni (2,1 milioni di persone) riporta una condizione di totale mancanza di autosufficienza per almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana.

Secondo il Rapporto "Stato di salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana" realizzato dal Ministero della Salute, la popolazione italiana di età >65 anni determina il 37,0% dei ricoveri ospedalieri ordinari, il 49,0% delle giornate di degenza ed i relativi costi stimati, come riportato dal sito Epicentro a cura del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. La recente bozza di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 conferma la persistenza, nel servizio sanitario italiano, di alcune criticità quali un elevato grado di inappropriatazza dei ricoveri ospedalieri e degli accessi in Pronto Soccorso dovuta all'organizzazione, ancora spesso insufficiente, del sistema delle cure primarie, dei servizi territoriali e di cui l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) rappresenta una delle principali modalità assistenziali. Nell'ottica di una risoluzione

di tali criticità è previsto il potenziamento di una rete assistenziale territoriale che contempli la possibilità di una gestione delle riacutizzazioni delle patologie cronico-degenerative a domicilio mediante l'ADI, garantita da gruppi multidisciplinari che offrano consulto immediato, organizzino la presa in carico strutturata sulla base di un piano terapeutico individuale ed integrino l'offerta di servizi sul territorio.

A partire dalla sua emanazione (DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza") l'assistenza domiciliare ha subito un processo di progressiva articolazione e strutturazione per affrontare la sempre maggiore complessità dei bisogni e delle patologie: dall'iniziale ed esclusiva gestione delle cronicità è stata estesa alla gestione delle disabilità complesse (ad esempio la Sclerosi Laterale Amiotrofica) e delle patologie oncologiche e terminali. L'ADI, intorno alla quale esistono tuttora eterogeneità terminologiche tra le regioni, si rivolge ai pazienti che necessitano maggiormente di continuità delle cure, tra questi: pazienti post-acuti dimessi dall'ospedale che, ove non adeguatamente assistiti a domicilio, potrebbero incorrere a breve in un secondo ricovero ospedaliero e pazienti cronici stabilizzati sul territorio, con elevati bisogni assistenziali a rischio di ricoveri inappropriati, per i quali il percorso di cura richiede una forte integrazione tra *team* multidisciplinari. In questa prospettiva, l'assistenza a domicilio, particolarmente per le forme di cronicità, si presenta come valida alternativa per contrastare il fenomeno dei ricoveri ospedalieri inappropriati e come forma assistenziale da preferire per i vantaggi in termini di qualità di vita del paziente, a cui vanno aggiunti anche benefici economici rispetto a forme di ricovero anche di carattere extraospedaliero.

### Tasso di assistibili in Assistenza Domiciliare Integrata

Numeratore	Assistibili che hanno iniziato il trattamento di Assistenza Domiciliare Integrata	
Denominatore	Popolazione media residente	x 100.000

### Tasso di assistibili anziani in Assistenza Domiciliare Integrata

Numeratore	Assistibili di età >65 anni che hanno iniziato il trattamento di Assistenza Domiciliare Integrata	
Denominatore	Popolazione media residente di età >65 anni	x 1.000

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

Numeratore	Assistibili in fase terminale che hanno iniziato il trattamento di Assistenza Domiciliare Integrata	
Denominatore	Popolazione media residente	x 100.000

**Tasso di dimissioni ospedaliere\***

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

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

**Validità e limiti.** I dati per la costruzione degli indicatori sono stati ricavati dal modello FLS.21 di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Unità Sanitarie Locali (DM 5 dicembre 2006) e dall'Istat. Trattandosi di indicatori di attività, non è possibile un'esauritiva riflessione sulla qualità dell'ADI erogata dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) né sulla tipologia dei casi trattati, in ragione della difficoltà collegata alla valutazione dell'*outcome* finale. La mancanza di un sistema di classificazione omogeneo e condiviso a livello nazionale limita sensibilmente la validità di un confronto interregionale.

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

**Descrizione dei risultati**

A livello nazionale, nel corso del 2009, sono stati assistiti al proprio domicilio 533.461 pazienti. Il numero di pazienti trattati in ADI è in continua crescita, attestandosi ad un valore pari a 886 casi per 100.000 abitanti, con un incremento del 6,2% rispetto al 2008 (l'incremento rispetto al 2007 era stato del 4,4%) (Grafico 1). Permane, anche dal confronto con gli anni precedenti, una notevole variabilità dell'indicatore legata alla disomogeneità regionale: si va, infatti, da un tasso minimo di 130 ADI (per 100.000) della PA di Bolzano ad un valore massimo di 2.064 ADI (per 100.000) dell'Emilia-Romagna che supera per la prima volta il Friuli Venezia Giulia (2.034 pazienti trattati in ADI) (Tabella 1). Un'analisi temporale del tasso di ospedalizzazione conferma la tendenza alla riduzione del ricovero ospedaliero ed un corrispettivo aumento del numero di pazienti assistibili in ADI; per

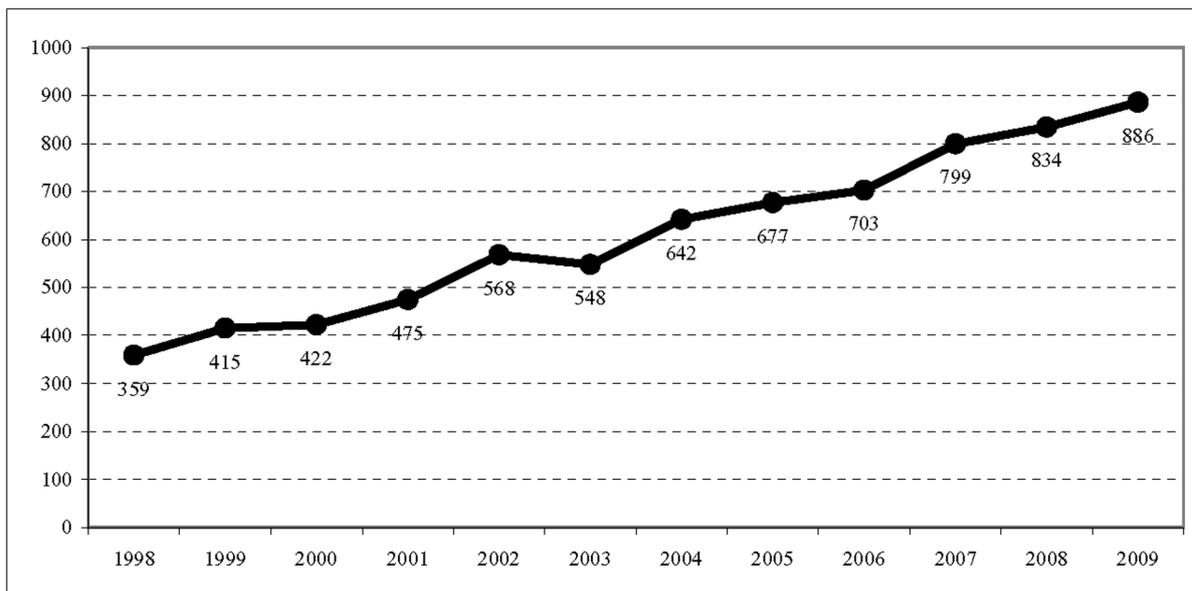
esempio, per la PA di Bolzano si è passati da un tasso minimo di 74 ADI nel 2006 a 130 ADI nel 2009 (per 100.000), con un tasso standardizzato di ospedalizzazione di 204,7 nel 2006 e di 190,4 nel 2009 (per 1.000). Per l'Emilia-Romagna, invece, il tasso di ADI è passato da 1.405 assistibili nel 2006 a 2.064 assistibili nel 2009 (per 100.000), con un tasso standardizzato di ospedalizzazione passato da 171,2 nel 2006 a 163,6 nel 2009 (per 1.000) (Tabella 1).

Tale disomogeneità emerge anche accorpando i dati per macroaree: si passa, infatti, da un valore di 1.170 ADI (per 100.000) nelle regioni settentrionali, ad un tasso di 920 e 493 ADI (per 100.000), rispettivamente, nel Centro e nel Sud. Tali valori sono di poco aumentati rispetto all'anno precedente (Centro 915 e Sud 451 ADI per 100.000) (Grafico 2).

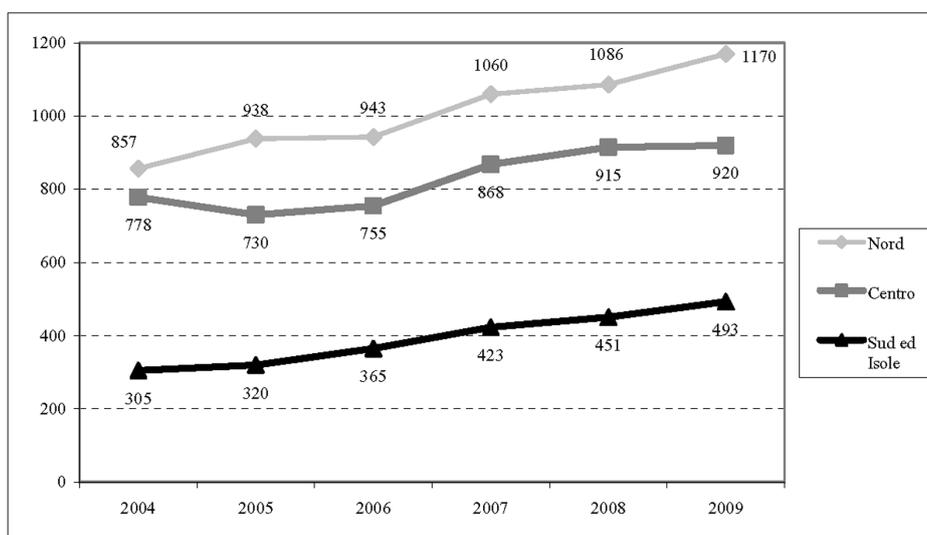
Globalmente, la percentuale di ADI erogata a soggetti anziani è stata pari all'84,1% del totale, valore in crescita rispetto al 2008 ed in lieve diminuzione rispetto ai dati del 2005 e 2006 (84,2% e 84,8%, rispettivamente). A livello regionale, la PA di Bolzano presenta il valore più basso (55,4%) di anziani assistiti in ADI, mentre la Liguria e l'Emilia Romagna registrano i valori più elevati (rispettivamente, 91,7% e 90,6%) (Tabella 2).

Una notevole variabilità è presente nel numero di anziani trattati in ADI riferito alla stessa popolazione anziana residente: si passa, infatti, da 4 casi (per 1.000) di età >65 anni in Valle d'Aosta a 87,3 casi (per 1.000) in Emilia-Romagna. Il dato nazionale, pari a 38,9 casi (per 1.000), è in aumento rispetto al 2007 ed al 2008 (rispettivamente, 34,3 e 33,6 casi per 1.000).

Permane una marcata differenza fra le regioni del Nord e del Centro rispetto alle regioni del Sud in relazione al numero di ADI per pazienti terminali per 100.000 (rispettivamente, 89,6%, 86,5% e 61,0%) come mostrato nel Grafico 3.

**Grafico 1** - Tasso di assistibili (per 100.000) trattati in ADI - Anni 1998-2009

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2011.

**Grafico 2** - Tasso di assistibili (per 100.000) trattati in ADI per macroarea - Anni 2004-2009

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2011.

**Tabella 1** - Numero di assistibili (per 100.000) trattati in ADI e tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per regione - Anni 2006-2009

Regioni	2006		2007		2008		2009	
	Assistibili trattati in ADI	Tassi std di ospedali- zazione (‰)						
Piemonte	458	171,2	555	168,8	564	167,8	678	160,1
Valle d'Aosta	53	180,5	117	186,0	136	185,3	130	178,5
Lombardia	806	197,4	846	179,7	946	175,1	958	171,9
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>74</i>	<i>204,3</i>	<i>139</i>	<i>205,5</i>	<i>85</i>	<i>199,0</i>	<i>130</i>	<i>190,4</i>
<i>Trento</i>	<i>311</i>	<i>180,6</i>	<i>341</i>	<i>179,1</i>	<i>354</i>	<i>176,0</i>	<i>367</i>	<i>177,4</i>
Veneto	1.147	169,8	1.528	160,8	1.442	153,8	1.301	149,5
Friuli Venezia Giulia	2.159	151,2	2.050	149,6	1.944	148,5	2.034	147,2
Liguria	861	212,1	921	207,0	942	205,6	1.007	200,4
Emilia-Romagna	1.405	171,2	1.521	168,9	1.612	166,0	2.064	163,6
Toscana	554	158,1	604	154,1	579	151,3	659	149,4
Umbria	1.135	176,5	1.230	176,2	1.522	172,7	2.014	168,9
Marche	952	175,3	1.028	173,2	1.102	171,4	956	168,8
Lazio	773	227,8	938	204,2	998	198,0	908	189,6
Abruzzo	865	252,2	964	217,5	1.108	199,9	1.264	185,5
Molise	2.098	235,1	1.806	228,6	1.550	211,6	658	197,1
Campania	204	238,9	305	232,9	336	231,8	386	220,9
Puglia	333	220,6	340	220,4	410	216,3	441	193,8
Basilicata	991	205,4	1.145	195,7	1.052	192,8	1.252	184,1
Calabria	562	231,0	652	217,9	585	214,5	583	180,7
Sicilia	213	263,4	254	241,8	231	218,3	292	211,7
Sardegna	271	203,2	314	197,2	507	189,3	581	176,2
<i>Nord</i>	<i>943</i>	<i>n.d.</i>	<i>1.060</i>	<i>n.d.</i>	<i>1.086</i>	<i>n.d.</i>	<i>1.170</i>	<i>n.d.</i>
<i>Centro</i>	<i>755</i>	<i>n.d.</i>	<i>868</i>	<i>n.d.</i>	<i>915</i>	<i>n.d.</i>	<i>920</i>	<i>n.d.</i>
<i>Sud ed Isole</i>	<i>365</i>	<i>n.d.</i>	<i>423</i>	<i>n.d.</i>	<i>451</i>	<i>n.d.</i>	<i>493</i>	<i>n.d.</i>
<b>Italia</b>	<b>703</b>	<b>203,6</b>	<b>799</b>	<b>193,1</b>	<b>834</b>	<b>187,3</b>	<b>886</b>	<b>179,4</b>

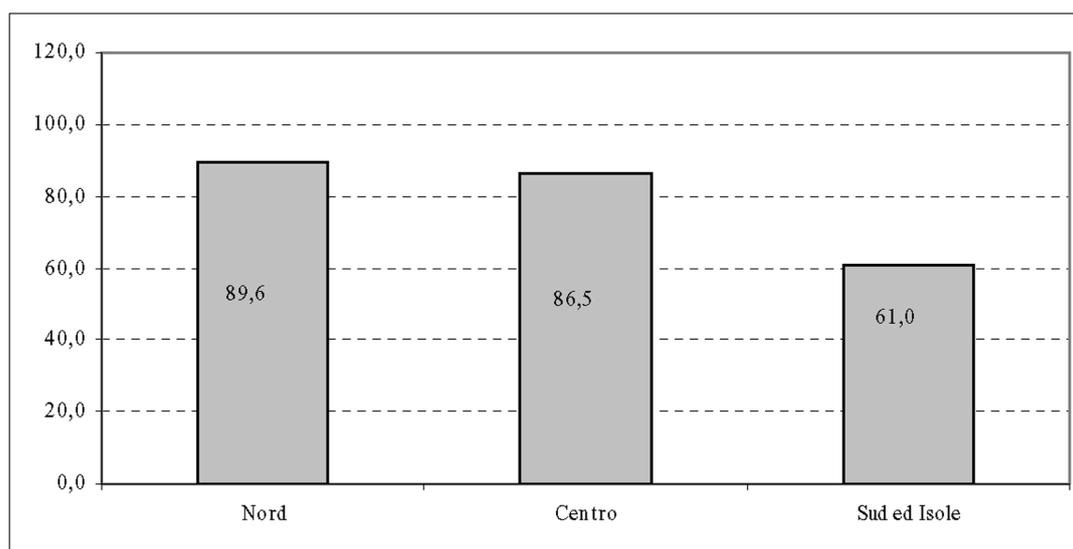
n.d. = non disponibile.

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2011.

**Tabella 2** - Assistibili trattati in ADI (valori assoluti e tasso per 100.000) ed assistibili anziani in ADI (per 100 e tasso per 1.000 ) per regione - Anno 2009

Regioni	Assistibili in ADI	Anziani trattati in ADI (%)	Tassi di assistibili (per 100.000)	Tassi di assistibili anziani (per 1.000 residenti >65 aa)
Piemonte	30.096	77,2	677,9	24,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	166	60,8	130,2	4,0
Lombardia	93.766	85,2	958,3	43,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>650</i>	<i>55,4</i>	<i>129,7</i>	<i>4,3</i>
<i>Trento</i>	<i>1.915</i>	<i>57,4</i>	<i>366,6</i>	<i>11,6</i>
Veneto	63.722	83,0	1.300,7	57,8
Friuli Venezia Giulia	25.069	88,1	2.034,0	81,3
Liguria	16.273	91,7	1.007,3	36,2
Emilia Romagna	89.933	90,6	2.063,8	87,3
Toscana	24.505	78,3	658,9	23,3
Umbria	18.074	87,0	2.013,8	79,5
Marche	15.043	85,0	955,9	38,2
Lazio	51.324	86,2	907,7	41,9
Abruzzo	16.892	80,2	1.263,6	50,1
Molise	2.108	81,3	657,7	25,5
Campania	22.434	76,7	385,5	19,6
Puglia	17.991	83,7	440,8	21,5
Basilicata	7.382	81,5	1.251,7	53,0
Calabria	11.708	81,4	582,8	26,7
Sicilia	14.697	67,9	291,6	11,4
Sardegna	9.713	76,2	581,0	24,9
<i>Nord</i>	<i>321.590</i>	<i>85,8</i>	<i>1.170,3</i>	<i>49,7</i>
<i>Centro</i>	<i>108.946</i>	<i>84,4</i>	<i>919,8</i>	<i>38,1</i>
<i>Sud ed Isole</i>	<i>102.925</i>	<i>78,2</i>	<i>493,2</i>	<i>22,6</i>
<b>Italia</b>	<b>533.461</b>	<b>84,1</b>	<b>886,3</b>	<b>38,9</b>

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2011.

**Grafico 3** - Numero di ADI (per 100.000) per pazienti terminali per macroarea - Anno 2009

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2011.

### Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dell'attività svolta dall'ADI e relativa all'anno 2009 conferma, sostanzialmente, un progressivo ricorso a tale forma assistenziale, che può essere ricondotta ad una maggiore espansione nei modelli organizzativi delle cure primarie.

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

protezione della fragilità.

Sul piano del governo clinico, una corretta impostazione dell'assistenza domiciliare potrebbe consentire la presa in carico fondata su criteri di eleggibilità dei pazienti da assistere, la continuità assistenziale con gestione coordinata nei piani di cura delle diverse prestazioni incluse nelle cure primarie e nell'assistenza specialistica ed ospedaliera (dimissioni programmate, dimissioni protette, assistenza infermieristica, riabilitativa, prestazioni farmaceutiche e protesiche adeguate), oltre che la gestione integrata con le prestazioni di supporto domiciliare da parte delle amministrazioni locali e la collaborazione tra diverse figure professionali.

Nella quasi totalità delle regioni le cure domiciliari sono inserite nelle Cure Primarie e l'ambito territoriale elettivo in cui si collocano è il Distretto socio-sanitario, che rappresenta per la sua dimensione territoriale anche il luogo ottimale di realizzazione delle attività integrate con il comparto sociale. In ambito di assistenza territoriale, anche a livello regionale si avverte l'esigenza di definire nuovi modelli assistenziali caratterizzati da un approccio multidisciplinare in grado di attuare meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali, territoriali ed ospedaliere, favorendo la presa in carico, la continuità delle cure e ricorrendo a misure assistenziali ed organizzative di chiara evidenza scientifica ed efficacia. Volendo, infine, esemplificare un modello regionale, il sistema del Veneto con la bozza del nuovo Piano Sanitario Regionale 2012-2014, riconoscendo una priorità nell'assistenza domiciliare, si è orientato verso un modello di assistenza integrato, basato sull'organizzazione in *team* multiprofessionali composti da medici, infermieri ed altri professionisti, strutturata su una chiara divisione del lavoro e fondata sulla pianificazione delle attività e del *follow up*, garantendo l'integrazione attraverso l'implementazione di appositi Percorsi Diagnostici Terapeutici ed Assistenziali. Per un'appropriata gestione dei pazienti si rendono, inoltre, indispensabili un buon funzionamento del sistema informativo delle cure domiciliari ed un'analisi sistematica dell'intensità e complessità degli interventi erogati per la verifica delle attività svolte, dei risultati e dei costi sostenuti.

In tale scenario, l'aggiornamento del flusso informativo mediante il DM 5 dicembre 2006 ha permesso, nel Rapporto attuale, l'introduzione di nuovi indicatori che consentono una visione più completa del complesso fenomeno dell'ADI. In particolare, migliora la descrivibilità dell'attività erogata nella fascia dei soggetti anziani e dei pazienti terminali. Quest'ultimo aspetto può sottendere un progressivo ingresso delle cure palliative domiciliari nei modelli di trattamento della fase ultima della patologia neoplastica.

Permangono, tuttavia, ancora grandi differenze nei criteri che definiscono le attività assistenziali proprie

dell'ADI nelle diverse regioni, in particolare per l'assenza di una definizione esplicita delle attività incluse ed escluse da tale modalità assistenziale all'interno del DPCM sui Livelli Essenziali di Assistenza. Il nuovo flusso informativo istituito per il 2009 con DM 17 dicembre 2008 (Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare), che fornisce indicazioni sulla raccolta dei dati circa la presa in carico dell'assistito, la sua valutazione multidimensionale, la definizione del piano/progetto/programma di assistenza individuale, la responsabilità clinica al Medico di Medicina Generale, al Pediatra di Libera Scelta o al medico competente per la terapia del dolore, purché afferenti al Distretto/ASL, non risulta ancora avviato a livello nazionale. Tutte le regioni sembrano in attesa del termine dell'obbligo di legge che scade a gennaio 2012, evidenziando, peraltro, una criticità di sistema del Servizio Sanitario Nazionale ad organizzare ed avviare flussi informativi complessi, in particolare a livello territoriale in contrasto con quanto previsto anche all'interno del nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, adottato nel dicembre 2009 in seno alla Conferenza Stato-Regioni, laddove viene chiaramente promosso nell'articolo n. 9, tra le specifiche strategie per la razionalizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani e non autosufficienti, l'attivazione di flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata e di assistenza residenziale.

#### Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. La disabilità in Italia. Il quadro della statistica ufficiale. Aprile 2010.
- (2) Cure palliative in medicina generale. Aspetti etici, relazionali, clinici, organizzativi delle cure palliative domiciliari. Cancian M, LoraAprile P. Pacini editore Medicina 2005; p.191-192.
- (3) SDA Bocconi. Progetto Benchmarking nel servizio di Assistenza Domiciliare Integrata. Rapporto di ricerca 2002.
- (4) Ancona A. Le cure primarie: una priorità per il servizio sanitario. Monitor 2008; 20: 3-5.
- (5) Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano Accordo ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009. 26 febbraio 2009.
- (6) Ministero della Salute. Progetto Mattoni SSN. Assistenza primaria e prestazioni domiciliari "Relazione Finale".
- (7) Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere. Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. 1998-2007.
- (8) DM 17 dicembre 2008, Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare.
- (9) Istat. Il sistema di indagini sociali multiscope. Contenuti e metodologia delle indagini. Metodi e norme n.31. Roma 2006.
- (10) Bozza Piano Sanitario Nazionale 2011-2013. Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it).
- (11) Bozza PSSR Regione Veneto 2012-2014. Disponibile sul sito: [www.regione.veneto.it](http://www.regione.veneto.it).

## Posti letto residenziali di tipo socio-sanitario per anziani e per persone disabili

**Significato.** Una delle grandi sfide del Piano Sanitario Nazionale 2010-2012 è quella di affrontare i problemi di assistenza socio-sanitaria connessi alla non autosufficienza. Il tema dell'assistenza agli anziani ed ai disabili assume, nel nostro Paese, dimensioni preoccupanti a causa del progressivo invecchiamento della popolazione e della conseguente espansione della cronicità, cui la disabilità è spesso associata.

L'inadeguatezza delle attuali risposte al problema determina la necessità di implementare un sistema integrato di interventi volti a contenere l'incremento della cronicità ed, al contempo, a fornire servizi di assistenza adeguati. L'obiettivo è favorire lo sviluppo di forme di assistenza domiciliare e/o incrementare l'assistenza residenziale nei casi in cui il paziente necessita di particolari trattamenti o quando risulti in gravi condizioni di salute, ridimensionando in tal modo il ricorso all'ospedalizzazione.

L'indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari permette di indagare sulla disponibilità di servizi residenziali che rispondono ad una domanda di assistenza legata alla non autosufficienza ed alla disabilità.

La ristrutturazione dell'Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per l'anno

2009, avvenuta in collaborazione con il Ministero della Salute, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ed il Centro Interregionale per il Sistema Informatico ed il Sistema statistico ha previsto una serie di modifiche nelle definizioni e nelle classificazioni adottate, che permettono di indagare più approfonditamente sulle diverse tipologie di servizio erogate da uno stesso presidio. Con la nuova indagine si introduce il concetto di "modulo" inteso come unità di servizio del presidio caratterizzato da una tipologia di assistenza per un determinato *target* di utenza. Il nuovo criterio classificatorio permette di individuare più accuratamente il numero di posti letto destinati a specifici *target* di utenza.

Per descrivere l'offerta di residenzialità ad anziani e disabili si è ritenuto opportuno selezionare tutti i moduli caratterizzati da una componente sanitaria (presenza di almeno una figura che svolge attività di tipo socio-sanitario oltre al Medico di Medicina Generale) destinati, prevalentemente, ad anziani (persone di età >65 anni, autosufficienti e non) ed a persone con disabilità (persone di età <65 anni con disabilità fisica, psichica, sensoriale o con problemi di salute mentale).

### Tasso di posti letto per anziani e persone con disabilità

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Posti letto per } \textit{target} \text{ di utenza}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 100.000$$

**Validità e limiti.** L'indicatore è stato costruito per due diversi *target* d'utenza: anziani (persone di età >65 anni) e persone con disabilità; l'assegnazione dei posti letto al *target* di utenza è stata effettuata sulla base di quanto riferito dalle strutture rispetto agli utenti, prevalentemente, assistiti nei singoli moduli.

Al fine di fornire una lettura coerente dell'indicatore, il profilo di offerta è stato posto in relazione con la popolazione media residente totale e non con la sola popolazione di riferimento (anziani/disabili). In tal modo si ritiene di offrire un'analisi comparata della ricettività di tale tipologia di strutture che è aperta a diverse fasce di popolazione.

L'indagine condotta sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari ha fatto registrare un tasso di risposta di circa il 70%. Al fine di tener conto delle mancate risposte, i posti letto sono stati stimati sulla base di un modello di regressione lineare, dopo aver stratificato i presidi rispondenti secondo il numero di utenti medio osservato per struttura.

Pertanto, nel valutare i risultati occorre tener presen-

te l'errore di stima che varia tra regioni.

Il coefficiente di variazione percentuale, che rappresenta la quota percentuale dell'errore sulla stima puntuale, è la misura utilizzata per indicare la precisione della stima.

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

### Descrizione dei risultati

Il tasso di posti letto per 100.000 abitanti relativo alle tipologie di utenza anziani e disabili, in Italia, è pari a 553,1. La maggior parte dei posti letto rilevati sono specificatamente dedicati agli anziani, mentre solo quote residuali sono destinate ad utenti di età <65 anni con disabilità (rispettivamente, 478,4 e 74,7 per 100.000).

L'analisi territoriale evidenzia una sensibile differen-

za tra le regioni del Nord e quelle del Mezzogiorno: tassi superiori a 727,1 (per 100.000) nel Nord, con punte di 973,7 (per 100.000) nella PA di Trento; nelle regioni del Sud la dotazione più bassa si registra in Campania (60,9 per 100.000), mentre il livello di offerta più alto in Molise (793,2 per 100.000). Le regioni del Centro si collocano mediamente in una situazione intermedia, con dati migliori per Marche e Toscana (rispettivamente, 531,6 e 490,9 per 100.000) rispetto a quelli di Umbria e Lazio (rispettivamente,

322,9 e 303,6 per 100.000).

Per quanto riguarda gli anziani, il tasso più elevato si registra nella PA di Trento con 867,0 (per 100.000), mentre l'offerta più bassa si osserva in Campania con 30,7 (per 100.000). I posti letto dedicati alle persone con disabilità con età <65 anni raggiungono la quota più alta in Molise, dove ammontano a 166,8 (per 100.000), mentre il livello più basso di offerta di posti letto si registra in Campania e in Puglia con tassi, rispettivamente, di 30,2 e 30,4 (per 100.000).

**Tabella 1** - Tasso di posti letto residenziali (per 100.000) per anziani e disabili per regione - Anno 2009

Regioni	Disabili	Anziani	Totale
Piemonte	76,6	796,4	873,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	55,5	796,1	851,7
Lombardia	120,8	780,0	900,9
Bolzano-Bozen	103,9	756,8	860,7
Trento	106,7	867,0	973,7
Veneto	91,4	768,9	860,3
Friuli Venezia Giulia	72,8	860,0	932,8
Liguria	146,4	736,4	882,8
Emilia-Romagna	56,7	670,4	727,1
Toscana	51,9	439,0	490,9
Umbria	72,5	250,4	322,9
Marche	56,4	475,2	531,6
Lazio	62,6	241,0	303,6
Abruzzo	68,6	397,5	466,1
Molise	166,8	626,4	793,2
Campania	30,2	30,7	60,9
Puglia	30,4	181,4	211,8
Basilicata	129,6	141,6	271,2
Calabria	42,2	179,4	221,6
Sicilia	80,3	242,8	323,1
Sardegna	73,6	272,0	345,6
<b>Italia</b>	<b>74,7</b>	<b>478,4</b>	<b>553,1</b>

**Fonte dei dati:** Istat. "Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari". Anno 2011.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Una valutazione corretta dell'indicatore proposto ai fini della programmazione e valutazione dei servizi di assistenza socio-sanitaria non dovrebbe prescindere dalla considerazione, per ogni singola regione, sia della domanda di residenzialità che dell'offerta complessiva che consideri anche forme di assistenza alternative rivolte alla popolazione, quali l'assistenza domiciliare. Le singole regioni possono, infatti, avere, da questo punto di vista, orientamenti molto diversi ai quali concorrono valutazioni anche di tipo economico e di appropriatezza.

Si sottolinea, inoltre, come in diversi casi i profili di utilizzo delle singole strutture non siano univoci nell'ambito di realtà regionali diverse. Coerentemente con quanto evidenziato nelle ultime edizioni del Rapporto Osservasalute, si sottolinea l'importanza di individuare nuovi strumenti di analisi per questa spe-

cifica area, per la quale continua ad essere difficile studiare la relazione tra sistema di offerta e bisogni assistenziali della popolazione, non essendo, questi ultimi, limitati a quelli tipici dell'età anziana, ma riferibili ad un'ampia gamma di bisogni assistenziali difficili da circoscrivere. Nell'ambito delle politiche, sarebbe apprezzabile maggiore chiarezza nella definizione degli appropriati profili di utilizzo, anche attraverso processi di accreditamento basati sul possesso di specifici requisiti.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2010-2011.
- (2) Giannakouris K, Population and social conditions, Eurostat, statistics in focus 72/2008.
- (3) Pesaresi F, Simoncelli M: Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione. Tendenze nuove 2008; 2:199-232.

## Ospiti anziani e con disabilità nei presidi residenziali

**Significato.** Nel nostro Paese la quota di anziani e di persone con disabilità continua a crescere considerevolmente a causa del progressivo invecchiamento della popolazione e del conseguente aumento della cronicità di alcune patologie. Il tema desta particolare preoccupazione in campo sanitario a causa della mancanza di risposte adeguate ad una domanda di assistenza destinata a crescere nel tempo. Le soluzioni finora proposte mirano a favorire lo sviluppo di forme di assistenza domiciliare ed ad incrementare l'assistenza residenziale nei casi in cui le cure a domicilio risultino poco appropriate.

La presente sezione prende in considerazione l'attività di assistenza socio-sanitaria erogata a favore degli anziani (di età >65 anni, autosufficienti e non) e delle persone minori ed adulte con disabilità (di età <65 anni con disabilità fisica, psichica, sensoriale o con problemi di salute mentale).

La ristrutturazione dell'Indagine sui presidi residen-

ziali socio-assistenziali e socio-sanitari per l'anno 2009, avvenuta in collaborazione con gli esperti del Ministero della Salute, del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e del Centro Interregionale per il Sistema Informatico ed il Sistema statistico ha previsto una serie di modifiche nelle definizioni e nelle classificazioni adottate, al fine di permettere di indagare più approfonditamente sulle diverse tipologie di servizio erogate da uno stesso presidio. Con la nuova indagine si introduce il concetto di "modulo", inteso come unità di servizio del presidio e caratterizzato da una tipologia di assistenza per un determinato *target* di utenza.

Le strutture considerate sono state quelle erogatrici di assistenza con una rilevante componente sanitaria.

Pertanto, sono stati selezionati i presidi residenziali caratterizzati dalla presenza di almeno una figura professionale, oltre al Medico di Medicina Generale, che svolge attività di tipo socio-sanitario.

### Tasso di ospiti minori ed adulti nei presidi residenziali

$$\text{Numeratore} \quad \text{Ospiti minori ed adulti con disabilità dei presidi residenziali}$$


---


$$\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente della stessa classe di età} \quad \times 100.000$$

### Tasso di ospiti anziani nei presidi residenziali

$$\text{Numeratore} \quad \text{Ospiti anziani dei presidi residenziali}$$


---


$$\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente della stessa classe di età} \quad \times 100.000$$

**Validità e limiti.** La variabilità osservata nei diversi contesti regionali può dipendere non solo da una diversa capacità di risposta a condizioni di bisogno, ma anche ad un diverso livello di offerta residenziale presente sul territorio e/o ad una diversa organizzazione della rete socio-assistenziale. L'indagine condotta sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari ha fatto registrare un tasso di risposta di circa il 70%. Al fine di tener conto delle mancate risposte, gli ospiti sono stati stimati sulla base di un modello di regressione lineare, dopo aver stratificato i presidi rispondenti secondo il numero di utenti medio osservato per struttura. Pertanto, nel valutare i risultati, occorre tener presente l'errore di stima - valutato con il coefficiente di variazione - tra le regioni. A tale riguardo il tasso relativo ai minori con disabilità ospitati in Calabria non viene pubblicato, in quanto il coefficiente di variazione è superiore al 75,0%. Il coefficiente di variazione percentuale, che rappresenta la quota percentuale dell'errore sulla stima puntuale, è la misura utilizzata per indicare la precisione della stima.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Difficoltoso risul-

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

### Descrizione dei risultati

Gli ospiti anziani, i minori e gli adulti disabili dei presidi residenziali sono, complessivamente, 330.749.

Gli anziani rappresentano l'84,0% del totale degli ospiti considerati e sono, nella maggior parte dei casi, non autosufficienti. A livello nazionale il tasso di ospiti anziani non autosufficienti istituzionalizzati ogni 100.000 anziani residenti è pari a 1.743. Molte meno sono le persone con disabilità presenti nelle strutture residenziali, nel complesso 50.310 adulti e 2.517 minori. Per quanto concerne gli adulti disabili e gli anziani, i dati evidenziano un maggior ricorso all'istituzionalizzazione nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Sud. Tale variabilità regionale risente della distribuzione territoriale dell'offerta residenziale.

Per gli anziani non autosufficienti si riscontrano i più alti livelli dei tassi nelle PA di Trento e Bolzano, in

Valle d'Aosta, in Lombardia, in Veneto ed in Friuli Venezia Giulia, mentre nelle regioni del Sud i tassi si riducono considerevolmente. Particolarmente basso è il livello di istituzionalizzazione riscontrato in Campania, dove gli anziani non autosufficienti nei presidi residenziali sono soltanto 85,9 (per 100.000) (Tabella 1). Risultati analoghi si ottengono dall'analisi degli indicatori sugli ospiti adulti con disabilità: le regioni con tassi elevati sono Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria e le

PA di Trento e Bolzano, l'unica eccezione è rappresentata dal Molise dove si osserva il più alto tasso d'istituzionalizzazione degli adulti con disabilità. La dicotomia Nord-Sud è confermata anche per quanto riguarda gli ospiti minori con disabilità. Infatti, se si esclude la Sicilia nella quale il tasso assume il valore massimo, il valore più elevato si registra in Veneto, Lombardia e PA di Trento, mentre i tassi più bassi si riscontrano in Sardegna, Puglia e Marche.

**Tabella 1** - Tasso di ospiti anziani, adulti e minori (per 100.000) con disabilità delle strutture socio-sanitarie e coefficiente di variazione percentuale per regione - Anno 2009

Regioni	Anziani		Anziani non autosufficienti		Adulti disabili		Minori disabili	
	Anziani auto-sufficienti*	Coefficiente di $\Delta$ %	Anziani non auto-sufficienti*	Coefficiente di $\Delta$ %	Anziani con disabilità*	Coefficiente di $\Delta$ %	Minori con disabilità*	Coefficiente di $\Delta$ %
Piemonte	1.172,7	3,2	2.223,2	3,1	148,7	4,4	23,1	14,8
Valle d'Aosta	322,9	8,8	3.262,4	8,2	176,9	10,9	23,9	19,9
Lombardia	333,2	14,6	3.456,9	2,8	201,8	5,3	27,0	17,9
Bolzano-Bozen	497,3	5,2	3.724,6	1,9	165,0	3,5	0,0	n.c.
Trento	237,2	0,0	4.017,2	0,0	253,2	0,0	31,2	0,0
Veneto	627,4	4,8	3.090,9	3,5	156,7	6,1	26,7	20,1
Friuli Venezia Giulia	648,8	6,0	3.028,9	5,7	156,5	6,5	6,0	30,0
Liguria	847,2	4,2	1.617,2	5,5	195,7	5,6	15,3	31,3
Emilia-Romagna	430,3	4,3	2.242,1	2,3	105,4	3,1	8,0	13,4
Toscana	528,1	7,0	1.305,2	4,8	118,9	9,4	6,9	32,3
Umbria	246,0	8,4	863,7	4,5	129,1	4,6	11,6	19,8
Marche	438,0	4,3	1.369,4	3,4	84,3	4,9	4,0	31,2
Lazio	571,6	5,7	622,4	8,7	99,5	11,6	16,7	39,8
Abruzzo	777,8	16,1	1.178,9	13,0	117,0	27,8	7,5	65,3
Molise	1.112,7	18,7	1.359,2	17,2	395,6	32,7	0,0	n.c.
Campania	131,4	29,9	85,9	40,9	45,7	33,3	14,5	22,8
Puglia	380,1	8,2	586,3	10,7	86,5	26,4	3,3	38,8
Basilicata	358,5	9,5	558,0	10,0	158,8	19,1	12,1	42,1
Calabria	378,2	27,4	570,9	20,7	61,1	19,8	..	..
Sicilia	609,4	8,4	685,8	15,4	163,6	17,5	115,6	67,0
Sardegna	747,5	8,1	700,2	7,5	117,5	11,9	2,0	45,1
<b>Italia</b>	<b>533,6</b>	<b>2,3</b>	<b>1.743,2</b>	<b>1,6</b>	<b>132,7</b>	<b>2,5</b>	<b>24,6</b>	<b>11,7</b>

\*Dati provvisori.

n.c. = non classificabile.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari". Anno 2011.

### Raccomandazioni di Osservasalute

La quota di soggetti istituzionalizzati dipende, innanzitutto, dall'offerta di posti letto destinati all'assistenza a lungo termine. Da questo punto di vista le regioni presentano sistemi di offerta molto diversificati ed, in alcuni casi, giudicati carenti rispetto ai bisogni della popolazione. In particolar modo, nel caso dei soggetti anziani, questa situazione potrebbe determinare un utilizzo non appropriato dei diversi *setting* assistenziali. Questo a sua volta potrebbe tradursi, ad esempio, in un inappropriato, meno sicuro per l'ospite e relativamente più dispendioso per il Servizio Sanitario Nazionale, allungamento della durata della degenza in strutture per acuti. Occorre, inoltre, considerare che l'indicatore analizzato può essere influenzato da fattori legati all'assetto sociale e culturale che circonda l'anziano, elemento che potrebbe riflettersi in una maggiore o

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

### Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2010-2011.
- (2) Giannakouris K, Population and social conditions, Eurostat, statistics in focus 72/2008.
- (3) Pesaresi F, Simoncelli M: Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione. Tendenze nuove 2008; 2: 199-232.

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

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

bete scompensato che renderebbero necessaria l'ospedalizzazione. Tra i *Prevention Quality Indicators* dell'*Agency for Healthcare Research and Quality* il tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per CLTD consente di valutare, indirettamente, l'appropriatezza della gestione territoriale del diabete. L'analisi ottenuta attraverso tale indicatore è da considerarsi in maniera integrata con quanto descritto, a proposito dell'ospedalizzazione per diabete mellito, nel Capitolo "Malattie metaboliche" del presente Rapporto.

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

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

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

**Validità e limiti.** La validità di questo indicatore, come misuratore della qualità dell'assistenza territoriale, è stata negli ultimi anni oggetto di critiche specifiche. Da un lato, questa medesima scheda pubblicata nel Rapporto Osservasalute 2010 riporta che il 36,0% della variabilità intraregionale dell'indicatore è spiegata da differenze nella prevalenza della patologia (3). Dall'altro lato, in un approfondimento pubblicato nello stesso volume, è riportato uno studio sull'ospedalizzazione evitabile, in cui si evidenzia come i trend temporali nell'ospedalizzazione evitabile siano fortemente influenzati dai trend dell'ospedalizzazione generale (4). Infine, un recente articolo (5) sviluppa un modello binomiale negativo per interpretare l'ospedalizzazione evitabile al netto di un gran numero di confondenti che portano un contributo significativo al modello stesso. Il semplice tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per CLTD risulta molto indebolito da questa successione di osservazioni.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Media del terzo migliore: 0,21 per 1.000.

### Descrizione dei risultati

Nel 2009, il tasso ha registrato una variazione geografica ampia, con la Puglia che presenta un valore più di cinque volte maggiore rispetto alle Marche (rispettivamente, 0,79 e 0,15 per 1.000). Il terzile con il dato più alto (0,45-0,79 per 1.000) è costituito, prevalentemente, da regioni meridionali, il terzile centrale (0,27-0,42 per 1.000) da regioni settentrionali ed il terzile con dato più basso (0,15-0,24 per 1.000) da diverse aree geografiche. Rispetto al 2008, quasi un terzo delle regioni hanno mantenuto il tasso stabile o sono peggiorate, anche se tra queste solo la Lombardia e la PA di Trento sono passate nel terzile inferiore. Due terzi delle regioni hanno registrato un miglioramento e tra queste tutte le regioni meridionali e centrali. Apparentemente si osserva, quindi, una saturazione della capacità delle regioni più virtuose di migliorare ulteriormente, mentre prosegue il trend positivo delle altre regioni, con poche eccezioni.

**Tabella 1** - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili tra gli adulti (per 1.000) per CLTD e variazione percentuale per regione - Anni 2008, 2009

Regioni	2008	Regioni	2009	Regioni	Δ % (2008-2009)
Marche	0,15	Marche	0,15	Sicilia	-18,0
Veneto	0,21	Toscana	0,18	Molise	-17,2
Toscana	0,21	Umbria	0,19	Sardegna	-15,4
Umbria	0,22	Veneto	0,22	Toscana	-13,3
Valle d'Aosta	0,22	Valle d'Aosta	0,23	Umbria	-12,9
Liguria	0,23	Sardegna	0,23	Lazio	-11,6
Friuli Venezia Giulia	0,27	Abruzzo	0,24	Abruzzo	-11,1
Sardegna	0,27	Friuli Venezia Giulia	0,27	Calabria	-9,4
Abruzzo	0,27	Liguria	0,28	Campania	-7,4
Piemonte	0,32	Piemonte	0,31	Puglia	-6,4
Trento	0,36	Emilia-Romagna	0,36	Basilicata	-6,1
Emilia-Romagna	0,36	Bolzano-Bozen	0,39	Bolzano-Bozen	-5,8
Bolzano-Bozen	0,42	Lazio	0,40	Piemonte	-3,9
Lazio	0,45	Calabria	0,42	Marche	-0,8
Calabria	0,47	Molise	0,45	Friuli Venezia Giulia	-0,1
Lombardia	0,52	Trento	0,48	Emilia-Romagna	0,5
Basilicata	0,55	Basilicata	0,51	Lombardia	1,0
Molise	0,55	Campania	0,52	Valle d'Aosta	1,7
Campania	0,56	Lombardia	0,53	Veneto	7,7
Sicilia	0,72	Sicilia	0,59	Liguria	21,9
Puglia	0,85	Puglia	0,79	Trento	34,2
<b>Italia</b>	<b>0,43</b>	<b>Italia</b>	<b>0,41</b>	<b>Italia</b>	<b>-5,5</b>

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

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Alla luce, da un lato, del crescente peso dell'importanza dell'assistenza territoriale e, dall'altro, dei chiarissimi limiti emersi dall'utilizzo dei semplici tassi di ospedalizzazione evitabile per leggerne la qualità dell'assistenza, risulta prioritario sviluppare nuovi metodi di misurazione. Si rinnova la raccomandazione a sviluppare indicatori di processo calcolati su coorti di pazienti che prescindano dai confondimenti dovuti alle differenze nella prevalenza e nel tasso di ospedalizzazione generale. Per conseguire questo obiettivo è necessario dotare il Servizio Sanitario Nazionale della capacità di effettuare *record-linkage* con metodi omogenei in tutte le regioni: il progetto Matrice ("Integrazione dei contenuti informativi per la gestione sul territorio di pazienti con patologie complesse o con patologie croniche"), portato avanti dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali con la collaborazione del Ministero della Salute, sviluppa strumenti in questa direzione.

Contemporaneamente, è necessario adottare metodi statistici maggiormente sofisticati per interpretare gli indicatori disponibili (5).

### Riferimenti bibliografici

- (1) AHRQ Quality Indicators. Prevention Quality Indicators: Technical Specifications. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. October 2001 Version 3.2 (February 2008). Disponibile sul sito: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov> (Accesso: ottobre 2008).
- (2) Damiani G, Ricciardi G. Manuale di Programmazione e Organizzazione Sanitaria. Napoli: Ildelson-Gnocchi, 2005.
- (3) Francesconi P, Maciocco G, Gini R, Sferrazza A. Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per Complicanze a Lungo Termine del Diabete mellito. In: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2010; PREX, Milano.
- (4) Rosano A, de Belvis AG, Sferrazza A, Burgio A. Analisi dell'ospedalizzazione evitabile nelle regioni italiane: anni 2001-2008. In: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2010; PREX, Milano.
- (5) Rosano A, Lauria L, Viola G, Burgio A, de Belvis AG, Ricciardi W, Guasticchi G, van der Zee J. Hospitalization for ambulatory care sensitive conditions and the role of primary care in Italian regions. Italian Journal of Public Health. 2011 8 (1) 77-88.

## Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per BroncoPneumopatia Cronico Ostruttiva

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

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

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

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

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

**Validità e limiti.** La validità di questo indicatore, come misuratore della qualità dell'assistenza territoriale, è stata negli ultimi anni oggetto di critiche specifiche. Da un lato, questa medesima scheda pubblicata nel Rapporto Osservasalute 2010 riporta che il 34,0% della variabilità intraregionale dell'indicatore è spiegata da differenze nella prevalenza della patologia (3). Dall'altro lato, in un approfondimento pubblicato nello stesso volume, è riportato uno studio sull'ospedalizzazione evitabile, in cui si evidenzia come i trend temporali nell'ospedalizzazione evitabile siano fortemente influenzati dai trend nell'ospedalizzazione generale (4). Infine, un recente articolo (5) sviluppa un modello binomiale negativo per interpretare l'ospedalizzazione evitabile al netto di un gran numero di confondenti che portano un contributo significativo al modello stesso. Il semplice tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per BPCO risulta molto indebolito da questa successione di osservazioni.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Media del terzi-  
le migliore: 3,26 per 1.000.

### Descrizione dei risultati

Il tasso standardizzato di ospedalizzazione per BPCO ha registrato, nel 2009, un'ampia variabilità geografica, con il valore più alto registrato in Puglia (9,97 per 1.000) pari a quasi cinque volte il valore più basso registrato in Toscana (2,19 per 1.000). L'indicatore presenta un *pattern* Nord-Sud abbastanza chiaro: il terzile più alto (5,68-9,97 per 1.000) è occupato quasi esclusivamente da regioni meridionali, in quello centrale (4,3-5,41 per 1.000) si collocano regioni appartenenti alle diverse aree geografiche ed in quello più basso (2,19-4,22 per 1.000) regioni settentrionali. Tra il 2008 ed il 2009 tutte le regioni, tranne la PA di Bolzano, hanno registrato un miglioramento, più marcato nelle regioni centro-settentrionali.

**Tabella 1** - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili (per 1.000) per BPCO e variazione percentuale per regione - Anni 2008, 2009

Regioni	2008	Regioni	2009	Regioni	Δ % (2008-2009)
Toscana	2,79	Toscana	2,19	Valle d'Aosta	-23,2
Piemonte	2,85	Piemonte	2,51	Toscana	-21,2
Trento	3,08	Trento	2,78	Friuli Venezia Giulia	-13,9
Lazio	3,59	Lazio	3,24	Basilicata	-12,2
Liguria	4,14	Liguria	3,72	Piemonte	-11,8
Lombardia	4,21	Lombardia	4,15	Veneto	-10,6
Marche	4,65	Veneto	4,22	Liguria	-10,1
Veneto	4,71	Marche	4,30	Trento	-9,9
Basilicata	4,91	Basilicata	4,31	Lazio	-9,9
Emilia-Romagna	5,20	Emilia-Romagna	4,85	Calabria	-8,0
Molise	5,27	Molise	5,19	Marche	-7,5
Umbria	5,74	Valle d'Aosta	5,37	Abruzzo	-7,4
Abruzzo	6,14	Friuli Venezia Giulia	5,40	Campania	-7,1
Bolzano-Bozen	6,20	Umbria	5,41	Sardegna	-7,1
Friuli Venezia Giulia	6,27	Abruzzo	5,68	Puglia	-7,0
Sicilia	6,40	Sicilia	6,00	Emilia-Romagna	-6,9
Valle d'Aosta	7,00	Bolzano-Bozen	6,59	Sicilia	-6,3
Sardegna	7,24	Sardegna	6,73	Umbria	-5,6
Campania	7,98	Campania	7,41	Molise	-1,5
Calabria	9,71	Calabria	8,93	Lombardia	-1,2
Puglia	10,72	Puglia	9,97	Bolzano-Bozen	6,2
<b>Italia</b>	<b>5,31</b>	<b>Italia</b>	<b>4,90</b>	<b>Italia</b>	<b>-8,9</b>

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

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2010.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Alla luce, da un lato, del crescente peso dell'importanza dell'assistenza territoriale e, dall'altro, dei chiarissimi limiti emersi dall'utilizzo dei semplici tassi di ospedalizzazione evitabile per leggerne la qualità dell'assistenza, risulta prioritario sviluppare nuovi metodi di misurazione. Si rinnova la raccomandazione a sviluppare indicatori di processo calcolati su coorti di pazienti che prescindano dai confondimenti dovuti alle differenze nella prevalenza e nel tasso di ospedalizzazione generale. Per conseguire questo obiettivo è necessario dotare il Servizio Sanitario Nazionale della capacità di effettuare *record-linkage* con metodi omogenei in tutte le regioni: il progetto Matrice ("Integrazione dei contenuti informativi per la gestione sul territorio di pazienti con patologie complesse o con patologie croniche"), portato avanti dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali con la collaborazione del Ministero della Salute, sviluppa strumenti in questa direzione.

Contemporaneamente, è necessario adottare metodi statistici maggiormente sofisticati, quali quelli sviluppati da Rosano et al (5), per interpretare gli indicatori disponibili.

### Riferimenti bibliografici

- (1) AHRQ quality indicators. Guide to prevention quality indicators: hospital admission for ambulatory care sensitive conditions [version 3.1]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2007 Mar 12. 59 p. (AHRQ Pub; no. 02-R0203).
- (2) Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001; 20: 64-78.
- (3) Francesconi P, Maciocco G, Gini R, Sferrazza A. Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva. In: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2010; PREX, Milano.
- (4) Rosano A, De Belvis AG, Sferrazza A, Burgio A. Analisi dell'ospedalizzazione evitabile nelle regioni italiane: anni 2001-2008. In: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2010; PREX, Milano.
- (5) Rosano A, Lauria L, Viola G, Burgio A, de Belvis AG, Ricciardi W, Guasticchi G, van der Zee J. Hospitalization for ambulatory care sensitive conditions and the role of primary care in Italian regions. *Italian Journal of Public Health*. 2011 8 (1) 77-88.

## Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per Insufficienza Cardiaca senza procedure cardiache

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

diache dei soggetti di 65 anni ed oltre per questa condizione "sensibile alle cure ambulatoriali" intende misurare la qualità dei servizi territoriali in termini di prevenzione e di cura presupponendo che, al migliorare di queste, diminuisca il ricorso al ricovero in ospedale.

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

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

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

**Validità e limiti.** La validità di questo indicatore, come misuratore della qualità dell'assistenza territoriale, è stata negli ultimi anni oggetto di critiche specifiche. Da un lato, questa medesima scheda pubblicata nel Rapporto Osservasalute 2010 riporta che il 59,0% della variabilità intraregionale dell'indicatore è spiegata da differenze nella prevalenza della patologia (2).

Dall'altro lato, in un approfondimento pubblicato nello stesso volume, è riportato uno studio sull'ospedalizzazione evitabile, in cui si evidenzia come i trend temporali nell'ospedalizzazione evitabile siano fortemente influenzati dai trend nell'ospedalizzazione generale (2). Infine, un recente articolo (4) sviluppa un modello binomiale negativo per interpretare l'ospedalizzazione evitabile al netto di un gran numero di confondenti che portano un contributo significativo al modello stesso. Il semplice tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmen-

te evitabili per Insufficienza Cardiaca risulta molto indebolito da questa successione di osservazioni.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Media del terzo migliore: 12,13 per 1.000.

### Descrizione dei risultati

Il tasso ha mostrato, nel 2009, una variabilità geografica non eccessivamente ampia, con il valore più basso registrato in Piemonte (9,67 per 1.000) pari a quasi la metà del valore più alto registrato in Calabria (18,13 per 1.000). Rispetto al 2008, l'indicatore è rimasto stabile o è aumentato in un terzo delle regioni, quasi tutte del Centro-Nord. Nelle altre regioni si è registrata una diminuzione che ha raggiunto punte del 9,0%.

**Tabella 1** - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili (per 1.000) per Insufficienza Cardiaca senza procedure cardiache e variazione percentuale per regione - Anni 2008, 2009

Regioni	2008	Regioni	2009	Regioni	Δ % (2008-2009)
Piemonte	9,39	Piemonte	9,67	Molise	-9,0
Umbria	11,14	Toscana	11,10	Calabria	-8,4
Valle d'Aosta	11,16	Sardegna	11,78	Puglia	-4,9
Toscana	11,45	Valle d'Aosta	12,70	Friuli Venezia Giulia	-4,7
Sardegna	12,29	Umbria	12,78	Sardegna	-4,1
Lombardia	13,55	Lombardia	13,34	Campania	-3,1
Liguria	13,56	Liguria	13,58	Toscana	-3,0
Lazio	14,33	Lazio	14,27	Veneto	-1,8
Bolzano-Bozen	14,66	Campania	14,28	Lombardia	-1,6
Trento	14,70	Puglia	14,47	Marche	-1,5
Campania	14,75	Trento	14,51	Trento	-1,3
Sicilia	15,21	Bolzano-Bozen	15,06	Emilia-Romagna	-0,7
Puglia	15,22	Emilia-Romagna	15,60	Abruzzo	-0,5
Emilia-Romagna	15,70	Sicilia	15,75	Lazio	-0,4
Abruzzo	16,55	Marche	16,32	Basilicata	0,1
Marche	16,56	Veneto	16,37	Liguria	0,2
Veneto	16,67	Abruzzo	16,47	Bolzano-Bozen	2,8
Basilicata	16,68	Basilicata	16,70	Piemonte	2,9
Friuli Venezia Giulia	18,30	Friuli Venezia Giulia	17,44	Sicilia	3,6
Molise	19,25	Molise	17,52	Valle d'Aosta	13,8
Calabria	19,79	Calabria	18,13	Umbria	14,8
<b>Italia</b>	<b>14,34</b>	<b>Italia</b>	<b>14,16</b>	<b>Italia</b>	<b>-1,3</b>

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

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2010.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Alla luce, da un lato, del crescente peso dell'importanza dell'assistenza territoriale e, dall'altro, dei chiarissimi limiti emersi dall'utilizzo dei semplici tassi di ospedalizzazione evitabile per leggerne la qualità dell'assistenza, risulta prioritario sviluppare nuovi metodi di misurazione. Si rinnova la raccomandazione a sviluppare indicatori di processo calcolati su coorti di pazienti che prescindano dai confondimenti dovuti alle differenze nella prevalenza e nel tasso di ospedalizzazione generale. Per conseguire questo obiettivo è necessario dotare il Servizio Sanitario Nazionale della capacità di effettuare *record-linkage* con metodi omogenei in tutte le regioni: il progetto Matrice ("Integrazione dei contenuti informativi per la gestione sul territorio di pazienti con patologie complesse o con patologie croniche"), portato avanti dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali con la collaborazione del Ministero della Salute, sviluppa strumenti in questa direzione.

Contemporaneamente, è necessario adottare metodi

statistici maggiormente sofisticati, quali quelli sviluppati da Rosano et al (4), per interpretare gli indicatori disponibili.

### Riferimenti bibliografici

- (1) AHRQ quality indicators. Guide to prevention quality indicators: hospital admission for ambulatory care sensitive conditions [version 3.1]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2007 Mar 12. 59 p. (AHRQ Pub; no. 02-R0203).
- (2) Francesconi P, Maciocco G, Gini R, Sferazza A. Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva. In: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2010; PREX, Milano.
- (3) Rosano A, De Belvis AG, Sferazza A, Burgio A. Analisi dell'ospedalizzazione evitabile nelle regioni italiane: anni 2001-2008. In: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2010; PREX, Milano.
- (4) Rosano A, Lauria L, Viola G, Burgio A, de Belvis AG, Ricciardi W, Guasticchi G, van der Zee J. Hospitalization for ambulatory care sensitive conditions and the role of primary care in Italian regions. Italian Journal of Public Health. 2011 8 (1) 77-88.

## Valutazione della qualità dell'assistenza pediatrica territoriale: un caso di studio

Dott.ssa Lorenza Luciano, Dott.ssa Simona Mattia, Dott. Stefano Mimmi, Dott.ssa Giulia Pieri, Dott.ssa Paola Rucci, Prof.ssa Maria Pia Fantini

### Contesto

Il tema della valutazione della qualità dell'assistenza in ambito territoriale riveste, attualmente, un ruolo centrale nel dibattito sulle strategie e gli interventi prioritari da attuare in gran parte delle organizzazioni sanitarie dei Paesi avanzati.

Questo dibattito si incentra, principalmente, sul carico assistenziale rappresentato dalle patologie croniche e dalle fasce di popolazioni fragili (ad esempio anziani), escludendo da ogni tipo di considerazione la popolazione pediatrica.

È, tuttavia, evidente la necessità di monitorare, anche per questa popolazione, il tipo di interventi erogati a livello territoriale e di individuare gli strumenti più appropriati per la valutazione della loro qualità.

La popolazione pediatrica presenta peculiarità di cui tenere conto quando si avviano processi di valutazione dell'assistenza sanitaria. I bambini sono una categoria di soggetti per lo più sani, raramente presentano quadri polipatologici ed ricorrono al pediatra soprattutto per interventi di tipo preventivo (vaccinazioni, bilanci di salute).

La popolazione pediatrica è costituita da soggetti in costante stato di sviluppo fisico, emotivo e cognitivo i cui bisogni assistenziali possono essere estremamente variegati, a partire dall'età neonatale fino a quella adolescenziale. Occorre poi tenere presente che i bambini sani e/o ammalati dipendono per il loro stato di salute dai genitori e dagli adulti che li circondano e che ne mediano l'accesso ai servizi sanitari.

Un lavoro apparso su *Pediatrics* nel 2008 (1) sottolinea come anche negli Stati Uniti il tema della valutazione della qualità assistenziale in ambito pediatrico sia divenuto di notevole interesse per gli alti costi generati dalle ospedalizzazioni pediatriche, in costante aumento negli ultimi anni. D'altra parte a livello ospedaliero vengono trattate anche condizioni che potrebbero essere meglio gestite e controllate in ambito territoriale. Come per l'età adulta anche in età pediatrica, indicatori relativi alle ospedalizzazioni possono dare informazioni sulle modalità di gestione di specifici quadri patologici in altri *setting* assistenziali (*Ambulatory Care Sensitive Conditions-ACSC*). Gli attuali indicatori relativi agli ACSC fanno, però, riferimento a patologie tipiche dell'età adulta, mentre non sono validati indicatori utilizzabili per l'età pediatrica.

Nel lavoro americano sopra citato sono stati selezionati 18 indicatori proposti dall'*Agency for Healthcare Research and Quality*, sottoposti alla validazione di un *panel* di esperti pediatri. Fra questi, alcuni indicatori sono riferiti alle ospedalizzazioni potenzialmente prevenibili, se gestite correttamente a livello di assistenza primaria, per alcune delle patologie croniche più frequenti dell'infanzia: Asma, Gastroenteriti, Infezioni delle vie urinarie. Gli indicatori scelti nell'articolo di Mc Donald sono i seguenti: *Asthma admission rate (area level)*, *Gastroenteritis admission rate (area level)*, *Urinary tract infection admission rate (area level)*.

Occorre citare alcuni limiti di questi indicatori già discussi in altre sezioni del Rapporto. Sintetizzando, i principali limiti sono rappresentati da un lato, dalle modalità e qualità delle codifiche delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) a livello ospedaliero; dall'altro, più concettuale, da un rapporto non ottimale segnale/rumore. Se la qualità dei servizi territoriali può ridurre il rischio di ospedalizzazione (segnale) occorre, però, considerare altri determinanti non controllati dai servizi territoriali (rumore) quali le caratteristiche socio-demografiche delle famiglie, eterogeneamente distribuite fra i territori e le coorti degli assistiti pediatrici.

L'obiettivo del nostro studio è stato quello di calcolare il tasso di ospedalizzazione per Asma, Gastroenteriti ed Infezioni delle vie urinarie dei bambini residenti nell'Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) di Bologna e di verificare le variazioni di tali tassi di ospedalizzazione nelle coorti dei bambini presi in carico dai singoli Pediatri di Libera Scelta (PLS).

### Materiali e Metodi

Sono state reclutate le coorti di bambini assistiti dai PLS della AUSL di Bologna al 31 dicembre 2007. Il periodo di *follow-up* è compreso fra il 1 gennaio 2008 ed il 31 dicembre 2009.

Le banche dati utilizzate dopo *record-linkage* sono state:

- Banca dati SDO anni 2008-2009;
- Anagrafe assistiti al 31 dicembre 2007 ed Archivio dei 116 PLS della AUSL di Bologna (forniti dall'Ufficio Convenzioni dell'AUSL di Bologna).

I bambini in carico ai singoli PLS e ricoverati per Asma, Gastroenteriti ed Infezioni delle vie urinarie sono stati identificati nella banca dati SDO con i codici di diagnosi ICD-9-CM in qualsiasi posizione, di seguito riportati.

Asma: 493, 493.0, 493.1, 493.2, 493.8, 493.9, 493.00, 493.01, 493.02, 493.10, 493.11, 493.12, 493.20, 493.21, 493.22, 493.81, 493.82, 493.90, 493.91, 493.92.

Gastroenterite: 003, 003.0, 003.1, 003.8, 003.9, 004, 004.0, 004.1, 004.2, 004.3, 004.8, 004.9, 007, 007.0, 007.1, 007.2, 007.3, 007.4, 007.5, 007.8, 007.9, 008, 008.01, 008.02, 008.03, 008.04, 008.09, 008.6, 008.61, 008.62, 008.63, 008.64, 008.65, 008.66, 008.69, 008.8, 008.1, 008.2, 008.3, 008.4, 008.41, 008.42, 008.43, 008.44, 008.45, 008.46, 008.47, 008.49, 008.5, 009, 009.0, 009.1, 009.2, 009.3.

Infezioni delle vie urinarie: 590, 590.1, 590.10, 590.11, 590.8, 590.80, 590.81, 590.2, 590.3, 590.9, 595, 595.0, 595.1, 595.2, 595.3, 595.4, 595.8, 595.9.

## Risultati

La coorte complessiva è risultata composta da 55.672 bambini di età compresa tra 0-16 anni.

Sono stati calcolati i tassi di ospedalizzazione per 1.000 bambini ed i tassi di ospedalizzazione grezzi e standardizzati per le coorti degli assistiti dei singoli PLS (la popolazione di riferimento è quella assistita dai PLS di Bologna al 31 dicembre 2007).

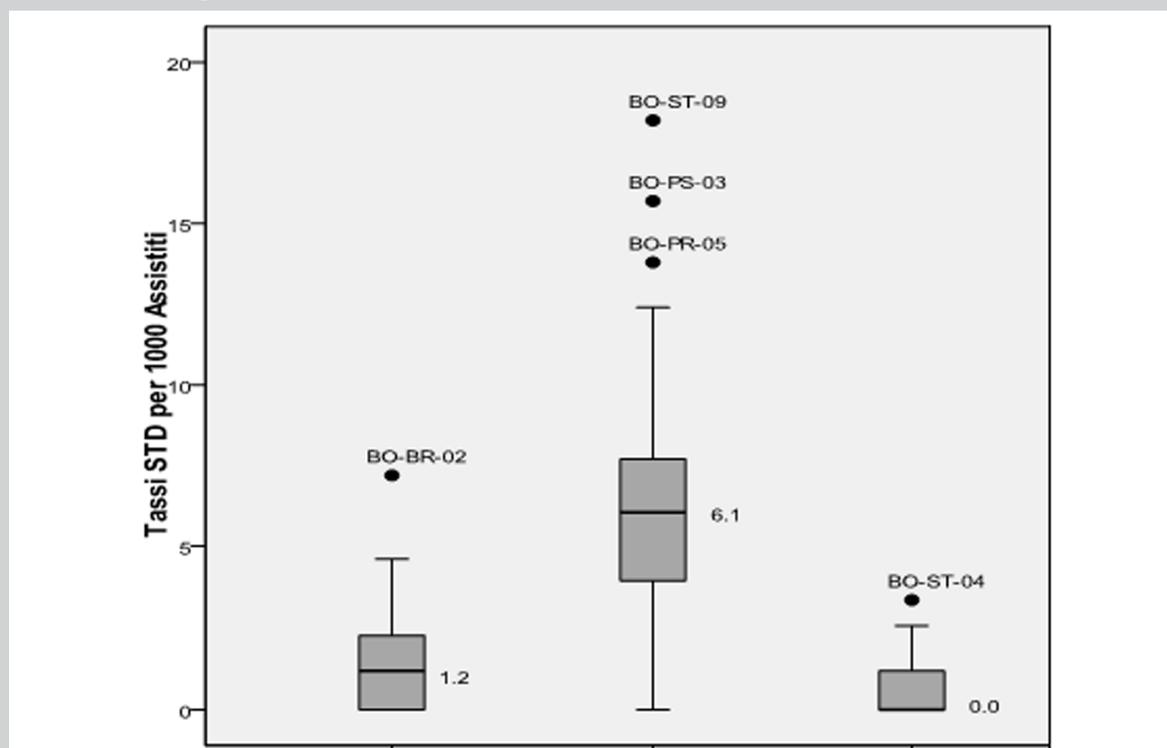
Nella Tabella 1 e nel Grafico 1 sono riportati i tassi di ospedalizzazione grezzi e standardizzati per 1.000 abitanti per le tre condizioni considerate e la variabilità rilevata nelle coorti degli assistiti dai PLS.

**Tabella 1** - Tasso grezzo e standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per Asma, Gastroenteriti ed Infezioni delle vie urinarie, per misure di tendenza centrale e variabilità - Anno 2007

Regioni	Totale Assistiti	Asma		Gastroenteriti		Infezioni delle vie urinarie	
		Tassi grezzi	Tassi std	Tassi grezzi	Tassi std	Tassi grezzi	Tassi std
Media	795,0	1,6	1,5	6,5	6,5	0,5	0,5
Deviazione Standard	154,2	1,6	1,4	3,3	3,4	0,8	0,8
Mediana	843,0	1,2	1,2	5,8	6,1	0,0	0,0
Min-Max	(254-1.003)	(0,0-7,6)	(0,0-7,2)	(0,0 -14,9)	(0,0-18,2)	(0,0-3,3)	(0,0-3,4)

**Fonte dei dati:** Banca dati SDO linkata con anagrafe assistiti e archivio PLS AUSL Bologna. Anni 2008-2009.

**Grafico 1** - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per Asma, Gastroenteriti ed Infezioni delle vie urinarie, per misure di tendenza centrale e variabilità - Anno 2007



**Fonte dei dati:** Banca dati SDO linkata con anagrafe assistiti e archivio PLS AUSL Bologna. Anni 2008-2009.

**Discussione**

I tassi di ospedalizzazione per le patologie considerate sono circa la metà di quelli riportati per la popolazione statunitense (1) per quanto riguarda Asma ed Infezioni delle vie urinarie, mentre il tasso di ospedalizzazione per le Gastroenteriti è molto maggiore di quello statunitense. I tassi di ospedalizzazione per Asma ed Infezioni delle vie urinarie presentano una certa variabilità tra le coorti dei singoli pediatri, molto più accentuata per le Gastroenteriti.

Gli indicatori proposti possono essere un utile ausilio per la valutazione delle pratiche assistenziali della Pediatria Territoriale, anche se meritano una validazione nel contesto italiano. Dati non mostrati nel presente lavoro indicano che le fasce di età più giovani hanno una proporzione di ricoveri, in particolare per Gastroenterite, ma anche per Asma, significativamente maggiore rispetto alla fascia di età di 11-16 anni; questo dato, per la sua alta plausibilità clinica, come discusso anche dagli Autori americani (1), fornisce una conferma nella nostra realtà assistenziale della validità di costruito (*known-group validity*) degli indicatori proposti.

**Riferimenti bibliografici**

- (1) McDonald K, Davies SM, Haberland CA, Geppert JJ, Ku Amy, Romano P. Preliminary Assessment of Pediatric Health Care Quality and Patient Safety in the United States Using Readily Available Administrative Data. *Pediatrics* 2008; 122; e416-e425.
- (2) Sedman A, Harris JM, Schulz K, Schwalenstocker E, Remus D, Scanlon M, Bahl V. Relevance of the Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Indicators for Children's Hospitals. *Pediatrics* 2005; 115; 135-145.
- (3) Beal A, Co JPT, Dougherty D, Jorsling T, Kam J, Perrin J, Palmer RH. Quality Measures for Children's Health Care. *Pediatrics* 2004; 113; 199-209.

## La mortalità riconducibile ai servizi sanitari: l'esperienza della Regione Emilia-Romagna ed il confronto con la Svizzera

Prof.ssa Maria Pia Fantini, Dott. Giuseppe Franchino, Dott.ssa Cristina Raineri, Dott.ssa Eleonora Verdini, Dott. Jacopo Lenzi, Dott. Gianfranco Domenighetti

### Contesto

Il concetto di *Amenable Mortality* (AM) è stato di recente riportato all'attenzione come potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo.

Le *amenable deaths* riconducibili alle cure sanitarie comprendono i “decessi considerati prematuri, che non dovrebbero verificarsi in presenza di cure efficaci e tempestive” o come “morti attribuibili” a condizioni per le quali esistono interventi diagnostico-terapeutici efficaci, che potrebbero ridurre “morti premature” (1). Questo concetto trova la sua origine nell'evoluzione del concetto di AM o “mortalità evitabile” sviluppato negli anni Settanta (2) e fa riferimento a cause di morte che rispondono ad azioni di promozione della salute e prevenzione primaria (tumore al polmone, cirrosi etc.).

Gli stessi Autori introdussero il termine *amenable* riferendosi a patologie per le quali sono riconosciute attività efficaci di prevenzione secondaria e/o interventi diagnostico-terapeutici che, somministrati in maniera appropriata e tempestiva, riducono il rischio di morte (cancro della cervice, appendicite etc.) (3).

Un recente studio (4) ha fornito una stima dei tassi di AM per 31 Paesi dell'*Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD) ed ha confrontato i risultati ottenuti con le due liste di cause di decessi più frequentemente utilizzate (1-2).

I risultati pubblicati dall'OECD nel 2011 e riferiti al 2007, o ultimo anno disponibile, evidenziano tassi di AM, che variano da 199 per 100.000 abitanti dell'Estonia a 59 (per 100.000) della Francia se si utilizza il modello di McKee e Nolte. Utilizzando la lista di cause di morte proposta da Tobias e Yeh i tassi variano da 206 (per 100.000) dell'Ungheria a 62 (per 100.000) del Giappone e, considerando i Paesi europei, al 64 (per 100.000) della Francia. I due modelli differiscono per la lista di patologie presa in considerazione, la cui mortalità è ritenuta riconducibile ai servizi sanitari. L'Italia (dati riferiti al 2006) presentava un tasso pari a 65 (per 100.000) (McKee e Nolte) e 71 (per 100.000) (Tobias e Yeh). Il nostro Paese si classifica, secondo i modelli McKee-Nolte e Tobias-Yeh, rispettivamente al terzo posto ed al quarto posto tra i Paesi dell'OECD.

I dati dell'OECD mostrano una differenza tra donne ed uomini, con tassi generalmente più alti per quest'ultimi. La differenza di genere è più accentuata nei Paesi che presentano tassi più alti.

Obiettivo del nostro studio è descrivere i tassi di AM dell'Emilia-Romagna e della Svizzera (non presente nel Rapporto OECD 2011) e di valutare la variabilità interna fra Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL) regionali e Cantoni.

### Metodi

È stata utilizzata la lista di cause di morte Nolte e McKee (5) ed i Registri regionali di Mortalità per il periodo 2004-2008 (codici ICD-9-CM per le cause di morte). La cardiomiopatia ischemica è stata considerata al 50,0%. I tassi di AM per 100.000 abitanti sono stati standardizzati per età e genere, utilizzando come riferimento la popolazione dell'OECD standard. Sono stati calcolati i tassi grezzi e standardizzati dell'Emilia-Romagna e delle 11 AUSL presenti nel suo territorio ed i tassi grezzi e standardizzati della Svizzera e di 17 dei 26 Cantoni con più di 150 mila abitanti.

### Risultati

L'Emilia-Romagna ha un tasso standardizzato di AM (2004-2008) pari a 61,8 (per 100.000), inferiore, perciò, rispetto a quello italiano del 2006. Il tasso standardizzato in Svizzera (2004-2008) è di 54,9 (per 100.000). In entrambi i casi, i dati rilevano tassi tra i più bassi nell'ambito dei Paesi indicati nel Report dell'OECD (4). In entrambi i contesti si registra un tasso più elevato tra gli uomini rispetto alle donne; il *gap* è maggiore in Emilia-Romagna.

La variabilità dei tassi standardizzati fra le 11 AUSL dell'Emilia-Romagna è contenuta, con il valore più basso pari a 54,8 (per 100.000) ed il più alto pari a 66,0 (per 100.000). Nell'ambito dei Cantoni Svizzeri analizzati la variabilità è maggiore, con valori che vanno da un minimo di 49,7 (per 100.000) ad un massimo di 62,9 (per 100.000) (6).

### Discussione

Il tasso di AM è potenzialmente un valido indicatore in grado di aggiungere informazioni nuove ed utili per la valutazione della *performance* di un sistema sanitario, che non sempre possono essere ricavate dai tradizionali indicatori di mortalità (4).

La sua validità di costruito e la sua riproducibilità, riferita soprattutto alla qualità dei dati di mortalità, meritano ancora ulteriori approfondimenti.

La Svizzera e l'Emilia-Romagna confermano, secondo questo indicatore, un'elevata *performance* dei propri servizi. La minor disuguaglianza fra generi presente in Svizzera è coerente con il tasso più basso della Svizzera rispetto all'Emilia-Romagna. Questo tema deve, comunque, essere approfondito e maggiormente studiato nei suoi determinanti.

Altro spunto di interesse è rappresentato dalla minor variabilità fra le AUSL dell'Emilia-Romagna rispetto alla Svizzera che, pur avendo un'ottima *performance* complessiva, mantiene al proprio interno numerose differenze fra i sistemi di cura dei diversi Cantoni.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Nolte, E. & M. McKee (2008), "Measuring the Health of Nations: Updating an Earlier Analysis", *Health Affairs*, 27 (1): 58-71.
- (2) Tobias, M. & L. Yeh (2009), "How much does health care contribute to health gain and to health inequality? Trends in amenable mortality in New Zealand 1981-2004", *Aust N Z Public Health*, 33: 70-78.
- (3) Nolte, E. & M. McKee (2004), "Does Health Care Save Lives? Avoidable Mortality Revisited", Nuffield Trust, London.
- (4) Gay, J. G. et al. (2011), "Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries: Estimates and Methodological Issues", *OECD Health Working Papers*, No. 55, OECD Publishing.
- (5) Ellen Nolte, Martin McKee (2003), "Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care" *BMJ* 327; 1.129.
- (6) Ufficio Promozione e Valutazione Sanitaria (UPVS) del Cantone Ticino. Disponibile sul sito: [http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UPVS/PDF/Indicatori/INDICATORI/1\\_Stato\\_di\\_salute/1\\_4\\_12\\_Mortalita-evitabile.pdf](http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UPVS/PDF/Indicatori/INDICATORI/1_Stato_di_salute/1_4_12_Mortalita-evitabile.pdf).

## Nuovo strumento per il governo clinico delle cure primarie: i *Chronic Related Groups*

Prof. Francesco Auxilia

In Lombardia è in corso di sperimentazione una “innovativa modalità di presa in carico dei pazienti che, a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse (*Chronic Related Groups-CReG*), deve garantire, senza soluzioni di continuo e cali di assistenza, tutti i servizi extraospedalieri necessari per una buona gestione clinico organizzativa delle patologie croniche” (1).

Ciò rappresenta il punto di arrivo di un *iter* già avviato in diverse realtà locali che, attraverso la costruzione ed il governo di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) propri delle cure primarie e con il coinvolgimento delle componenti professionali interessate, hanno perseguito, negli anni, l’obiettivo di migliorare l’integrazione tra i livelli di assistenza e di riequilibrare il sistema di offerta verso la medicina territoriale valorizzando, nel contempo, le competenze espresse da *team* di professionisti salvaguardando la centralità dell’assistito e la sua libertà di scelta. Per questo motivo la strutturazione dei PDTA per le principali patologie croniche rappresenta uno dei cardini del modello in corso di sperimentazione insieme alla Banca Dati Assistito (BDA). La BDA è la banca dati contenente le prestazioni effettuate dai cittadini lombardi e viene utilizzata per l’individuazione sia degli assistiti da coinvolgere che delle risorse da assegnare a fronte della presa in carico. Il modello di remunerazione presuppone la definizione di una tariffa che, in analogia con quanto attuato a livello ospedaliero a seguito dell’introduzione del sistema dei DRG, sia omnicomprensiva rispetto ad una serie di attività che includono “la compilazione dei piani terapeutici assistenziali, il debito informativo, il rilascio dell’esenzione per patologia, l’attività ambulatoriale, il *follow up*, la fornitura dei presidi e protesi al domicilio, farmaci in web o a domicilio, gli eventuali trasporti” (2) con l’esclusione di qualsivoglia tipologia di ricovero nonché delle quote di finanziamento della medicina generale.

Le patologie individuate nella prima fase di applicazione sono le BroncoPneumopatie Cronico Ostruttive (BPCO), lo scompenso cardiaco, il diabete di tipo I e II, l’ipertensione e la cardiopatia ischemica, l’osteoporosi e le patologie neuromuscolari a maggiore livello di disabilità. Possono candidarsi all’assegnazione delle risorse relative, oltre ai Medici di Medicina Generale (MMG) ai quali prioritariamente le cinque Aziende Sanitarie Locali (ASL) coinvolte (Bergamo, Lecco, Como, Milano, Milano 2) rivolgeranno l’invito ad aderire alla sperimentazione, anche le Organizzazioni Non Lucrative di Utilità Sociale (ONLUS), le Fondazioni, le Aziende Ospedaliere e le Strutture Sanitarie Accreditate ed a contratto, sia intra che extra ospedaliera. I gestori dovranno operare nell’ottica della continuità di cura e, pur potendo non essere direttamente coinvolti nella fornitura delle prestazioni individuate dal piano di cura, ne saranno garanti nei termini quantitativi e qualitativi previsti. I soggetti che si candideranno dovranno dimostrare il possesso di alcuni requisiti organizzativi e funzionali tra i quali:

- l’unicità del gestore che coordina le prestazioni sanitarie previste dal PDTA;
- la disponibilità di un centro servizi operante nella fascia oraria 8-20 per 365 giorni che dovrà garantire *first e second opinion* multi specialistica in relazione alle esigenze cliniche riferite al relativo PDTA;
- la presenza di una figura di coordinamento medico come responsabile del governo clinico delle attività;
- l’eventuale disponibilità di un *case-manager* per la gestione dei casi di maggiore complessità;
- la definizione di *provider* per fornitura, consegna, installazione, messa in opera, manutenzione e ritiro delle apparecchiature al domicilio del paziente.

Il ruolo delle ASL appare coerente con il profilo che le aziende territoriali assumono nel modello socio-sanitario lombardo. Esse, infatti, collaborano all’individuazione delle risorse necessarie ed alla definizione degli assistiti da coinvolgere attraverso l’utilizzo della BDA formulando il contratto/patto condiviso dai gestori del CReG. Tale contratto è strumento fondamentale prevedendo, oltre all’elenco degli assistiti cui dovrà essere garantito il servizio, i percorsi e gli obiettivi misurabili da raggiungere, i meccanismi di premialità e di sanzione, le modalità di alimentazione del sistema informativo, di pagamento nonché di attuazione dei controlli con particolare riferimento alla verifica di appropriatezza dei percorsi. Le ASL coinvolte, infine, potranno avviare sperimentazioni tecnologiche (ad esempio attraverso l’attivazione di progetti di telemedicina) ritenute più idonee per raggiungere gli obiettivi progettuali.

L’ambito territoriale minimo di applicazione è quello distrettuale al fine di disporre di una numerosità tale da ridurre la variabilità nei consumi e, quindi, dare robustezza alla definizione dell’ammontare economico del CReG. I cittadini vedono salvaguardato il principio della libera scelta e le modalità di arruolamento prevedono un consenso alla partecipazione e criteri netti di inclusione ed esclusione. Essi continueranno a fruire dei servizi attualmente offerti ed a rivolgersi al proprio MMG di fiducia. Il gestore del CReG interverrà solamente in caso di discontinuità di cura oppure di palese inappropriata del percorso agendo direttamente sul

paziente, sul MMG oppure sulla struttura accreditata che eroga la prestazione. Il nuovo modello, brevemente delineato nelle sue principali caratteristiche, viene ad inserirsi in un quadro complesso come quello sanitario con ampie potenzialità di condizionamento sia sui processi organizzativi che sul profilo di offerta complessivo. Esso può essere visto da un lato come uno strumento di definizione dei rapporti con i medici delle cure primarie che volessero assumere il ruolo di gestori e, conseguentemente, di responsabilizzazione di tali figure professionali. L'adesione al progetto potrebbe rappresentare un'occasione di sviluppo ulteriore anche in termini imprenditoriali delle professionalità coinvolte che sarebbero sollecitate a favorire processi di integrazione tra i diversi livelli di cura mutuando ed ampliando iniziative significative in tale direzione già operanti in questa regione. La sperimentazione in corso, tuttavia, può essere letta anche in termini problematici in relazione all'intervento sul sistema di offerta nel quale vengono immessi nuovi attori ed al rapporto tra assistito e proprio medico di fiducia. Pur con tutte le tutele precedentemente sottolineate sarà decisivo comprendere se e come il processo appena avviato condiziona aspetti fondanti quali la responsabilità della presa in carico della persona e la salvaguardia della specificità e della complementarietà dei professionisti dei diversi livelli di cura (3).

#### **Riferimenti bibliografici**

- (1) Regione Lombardia. DGR IX/937 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2011".
- (2) Regione Lombardia. DGR IX/1479 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2011- II° provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario".
- (3) Auxilia F, Peduzzi P, Lopiccoli S, Vazzoler C: Cure primarie e governo dei percorsi di cura. Prospettive Sociali e Sanitarie. 2011; 9/10: 6-10.