

## Assistenza ospedaliera

Le riforme del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) introdotte negli anni Novanta hanno avviato il processo di modernizzazione e ridefinizione del ruolo del nostro sistema ospedaliero. Negli ultimi 10 anni il processo ha subito una forte accelerazione sia per la transizione epidemiologica e demografica in atto nel nostro Paese che in relazione al ruolo assunto dalle regioni riguardo l'organizzazione dei servizi sanitari e dell'assistenza ospedaliera a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione.

La forte autonomia in tema di programmazione ed erogazione dell'assistenza socio-sanitaria e la diretta responsabilizzazione riguardo l'equilibrio finanziario, in un quadro federalista della Sanità Pubblica che ha reso 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), hanno determinato una generale razionalizzazione dell'offerta, un miglioramento dell'efficienza complessiva del sistema e, negli ultimi anni, la 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 provvedimenti normativi, atti di indirizzo e confronti tecnico-scientifici 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.

Tra i provvedimenti più recenti il Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, sancito nel dicembre 2009 dalla Conferenza Stato-Regioni, riprende ed aggiorna le principali linee della programmazione sanitaria delineate nel recente passato (1). In generale, 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 un maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini nel rispetto di adeguati standard di riferimento.

Per il macrolivello di assistenza ospedaliera è previsto un finanziamento tendenziale pari al 44,0% 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 (incrementabile del 5% in base al peso della popolazione ultra 75enne) ed esclusa la quota di posti letto da dedicare, prevalentemente, ai pazienti provenienti dalle altre regioni, da stabilire in un successivo ed ulteriore accordo. Il riferimento per il tasso di ospedalizzazione (TD) è confermato a 180 ricoveri per 1.000 abitanti, di cui il 20% in regime diurno (equivalente ad un TD di 36 ricoveri diurni per 1.000 abitanti). L'adeguamento ai nuovi standard, per cui erano previsti tempi differenziati per le regioni sottoposte ai Piani di Rientro (entro 2010) e margini maggiori per tutte le altre (giugno 2011), è finalizzato a promuovere un graduale processo di deospedalizzazione attraverso l'utilizzo più adeguato dei diversi *setting* assistenziali e la riduzione delle prestazioni ospedaliere ad alto rischio di non appropriatezza clinico-organizzativa. A tale riguardo 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 due liste che elencano, rispettivamente, 24 prestazioni erogate in regime di Day Surgery trasferibili a livello ambulatoriale ed ulteriori 65 DRG potenzialmente inappropriati se erogati in degenza ordinaria. In sintesi, l'obiettivo è quello di favorire l'erogazione di alcune prestazioni già rese in regime di Ricovero Ordinario (RO) in regime di ricovero diurno ed il trasferimento di un *set* di prestazioni dal ricovero diurno al regime ambulatoriale, sviluppando al contempo una maggiore integrazione dell'ospedale con i servizi distrettuali, le cure primarie ed il sociale, per favorire i processi di continuità assistenziale ospedale-territorio, la presa in carico dei pazienti fragili e con patologie croniche, la piena valorizzazione dell'assistenza residenziale e domiciliare.

L'Intesa pone una forte attenzione all'esigenza di realizzare un adeguato monitoraggio ed una sistematica valutazione dello stato di attuazione delle indicazioni fornite. A tale scopo individua un definito *set* di indicatori di appropriatezza organizzativa, efficacia, efficienza e sicurezza dei sistemi ospedalieri regionali, stabilendo che i rispettivi standard siano rappresentati dal valore medio rilevato nelle regioni individuate come riferimento

ai sensi dell'art. 2, comma 3 dell'Intesa stessa. In questa direzione, sulla scorta di esperienze regionali e di confronti internazionali, il DM n. 135/2010 ha aggiornato le Linee Guida per la codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera, ampliando il *set* delle informazioni richieste a fini valutativi ed epidemiologici e regolamentando il flusso informativo attraverso la ridefinizione su base mensile della tempistica di trasmissione dei dati dalle Regioni al Ministero della Salute (2).

Gli indicatori dell'assistenza ospedaliera proposti dal Rapporto Osservasalute comprendono buona parte degli indicatori previsti dal sistema di monitoraggio del Patto per la Salute 2010-2012. Le serie temporali presentate in questo volume e l'eventuale confronto con i dati illustrati nelle precedenti edizioni, consentono di apprezzare i cambiamenti, i risultati ottenuti ed i trend in corso nel Paese e nelle diverse realtà regionali prima dell'emanazione delle indicazioni contenute nell'Intesa. Allo stesso tempo i dati relativi all'anno 2009 forniscono una fotografia della situazione esistente localmente e, quindi, rappresentano, di fatto, una solida base di confronto per valutare, in futuro, l'efficacia dei provvedimenti che saranno messi in atto dalle regioni stesse riguardo agli obiettivi definiti dalla più recente programmazione del livello nazionale o, in virtù dei poteri garantiti dalla riforma in chiave federalista, delle singole realtà locali.

Gli indicatori dell'assistenza ospedaliera descritti nel presente Rapporto si riferiscono alle tre 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 preoperatoria;
- Appropriatelyzza 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 inappropriatelyzza, ricoveri ed accessi in Day Hospital, Day Surgery ed One Day Surgery, percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore.

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* - I dati del 2009 confermano il trend in forte diminuzione del tasso di ospedalizzazione e parallelamente delle giornate di degenza. Il tasso complessivo del livello nazionale (179,4‰) è leggermente inferiore allo standard di 180 ricoveri per 1.000 abitanti fissato dalla programmazione ed ormai solo 8 regioni presentano tassi superiori a tale soglia. La bontà del dato è, peraltro, da ricondurre alla sola componente dei ricoveri in regime ordinario in quanto il TD in regime diurno (53,0‰ a livello nazionale) in tutte le regioni risulta superiore alla quota del 20,0% del totale dei ricoveri indicata come riferimento.

L'analisi delle dimissioni per tipologia di attività conferma il trend in diminuzione dei ricoveri di tipo riabilitativo, mentre si registra una stabilità dell'attività di lungodegenza (TD pari, rispettivamente, a 4,2 e 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" (<1 anno e >75 anni), dove si registrano anche variazioni regionali molto più ampie e, probabilmente, ingiustificate di quelle registrate in tutte le restanti classi.

Continua a crescere la quota di pazienti con DRG chirurgico (41,7% del totale dei dimessi e, rispettivamente, 39,9% e 45,8% dei dimessi in regime ordinario e diurno) malgrado un consistente passaggio di attività chirurgiche poco complesse in regime ambulatoriale. Tale trend, rilevato da anni anche a livello internazionale, testimonia una qualificazione ed un aumento di complessità delle attività ospedaliere e 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 del dato nazionale, con punte che in alcune regioni si avvicinano al 50,0% dell'attività complessiva.

I TD per i DRG medici (58,3% dei dimessi) continuano a mostrare una rilevante e spesso ingiustificata variabilità regionale, sia per i RO che per la componente diurna. Per i ricoveri chirurgici la variabilità regionale del TD, seppure evidente, risulta di entità più modesta.

La degenza media, sostanzialmente stabile da diversi anni, nel 2009 mostra un lieve decremento rispetto all'anno precedente (da 6,8 a 6,7 giorni). A fronte di un generale aumento della complessità della casistica trattata questo dato depone per un generale recupero di efficienza nella gestione degli episodi di ricovero. Persistono, tuttavia, 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 Recupero e Rieducazione Funzionale). In generale, anche analizzando i valori della degenza media standardizzata per *case mix*, si può affermare che esistono ancora margini di miglioramento in diverse realtà regionali.

Una sensibile tendenza verso la riduzione si registra anche per la degenza media preoperatoria, indice di efficienza organizzativa e di appropriato utilizzo dei servizi diagnostici e dei reparti di degenza chirurgici. Il valore nazionale del 2009 si attesta a 1,88 giorni contro gli 1,97 giorni dell'anno precedente. Anche per questo indicatore persistono significative e spesso ingiustificate differenze regionali con un evidente gradiente tra le regioni centro-settentrionali e quelle meridionali, segno di disomogeneità nella definizione di specifici percorsi diagnostici e clinico-assistenziali.

Per quanto attiene gli indicatori di appropriatezza organizzativa si rileva che, nel 2009, il valore nazionale della proporzione di dimissioni con DRG medico dai reparti chirurgici è pari a 34,1%. 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 ed un evidente gradiente geografico in quanto tutte le regioni del Sud e le Isole presentano, senza eccezioni, valori al di sopra del dato nazionale.

Nelle edizioni precedenti il trasferimento verso il regime diurno delle attività meno complesse e/o potenzialmente inappropriate è stato descritto prendendo come indicatore i 26 DRG medici a rischio di inappropriatezza se erogati in RO contenuti nella lista di cui al DPCM 29 novembre 2001. Il Patto per la Salute 2010-2012 ha aggiornato ed ampliato la lista di tali DRG medici potenzialmente inappropriati (67 DRG, di cui 58 classificati come medici direttamente nell'elenco ed altri 9 riconducibili a tale categoria) e, quindi, la costruzione dell'indicatore nella presente edizione è stata realizzata con il nuovo riferimento. Per questo motivo non è stato possibile effettuare confronti temporali con gli anni precedenti, ma solo una fotografia della situazione esistente.

L'analisi dei dati relativi al 2009 dimostra che per il livello nazionale l'utilizzo del DH per i "nuovi" DRG medici a rischio di inappropriatezza se erogati in RO è pari al 47,0%. Come per le precedenti rilevazioni risulta evidente una elevata variabilità regionale, peraltro non più riconducibile ad un trend geografico, ma con tutta probabilità a differenti modalità organizzative nell'utilizzo del *setting* ambulatoriale. A tale riguardo occorre considerare che un numero sempre maggiore di regioni, 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, ha fornito alcune semplici rappresentazioni che riassumono con efficacia la situazione 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 regime diurno, che nel 2009 si attesta intorno al 33% 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 18,9%, si osserva che circa il 52% dell'attività chirurgica, 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* 5-30%), in assenza di un evidente gradiente geografico.

Il valore medio nazionale dell'indicatore di appropriatezza clinica ed organizzativa relativo alla percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti entro 2 giorni dal ricovero è risultato pari a 33,6%. Il risultato è molto basso rispetto alle *performance* registrate in altri Paesi occidentali ed alle raccomandazioni presenti in letteratura, anche in considerazione del fatto che nel periodo 2001-2009 l'indicatore ha fatto registrare incrementi di lievissima entità (dal 31,2% al 33,6%). Nel periodo considerato solo poche regioni hanno modificato in modo deciso la loro *performance*, mentre si è mantenuta una marcata ed ingiustificata variabilità regionale (*range* 15,8-82,8% nel 2009).

*Conclusioni* - Il quadro che emerge dall'analisi degli indicatori esaminati delinea in modo chiaro le principali caratteristiche dei sistemi ospedalieri regionali ed offre utili informazioni per valutare concretamente il cammino percorso e le azioni ancora da intraprendere o implementare per allineare le *performance* dei diversi sistemi locali agli standard di riferimento stabiliti dai recenti accordi e dalla programmazione nazionale. I dati testimoniano un generale progresso ed una sempre più diffusa attenzione ai temi dell'efficienza, dell'appropriatezza e della continua qualificazione dei sistemi ospedalieri regionali. L'ospedale assorbe ancora una quota consistente delle risorse economiche complessivamente destinate a garantire i livelli di assistenza, rappresentando 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; di pari passo è in corso un significativo sviluppo e potenziamento dei *setting* assistenziali modulati per intensità di cura e risorse assorbite, spesso alternativi al ricovero in regime ordinario o diurno.

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 obiettivi strategici finalizzati all'applicazione uniforme dei LEA ed alla sostenibilità del sistema sanitario, alla progressiva deospedalizzazione, alla riconversione dei piccoli ospedali, alla promozione dei centri di eccellenza con il pieno utilizzo delle alte tecnologie, all'affermazione di nuovi modelli manageriali ed organizzativi fondati sul concetto di reti ospedaliere tra presidi di diverso livello e sul principio dell'integrazione con le strutture assistenziali territoriali. Lo scopo è quello di qualificare i percorsi per le patologie acute di alta complessità, ma anche quello di porre maggiore attenzione al tema della continuità assistenziale e dei percorsi di cura, decentrando attività sanitarie di media complessità verso il 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, opportuno 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.

#### Riferimenti bibliografici

- (1) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le PA di Trento e Bolzano. Allegato 3 del Patto per la Salute 2010-2012. Provvedimento del 3 Dicembre 2009. Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010.
- (2) Decreto Mds 8 luglio 2010, n. 135. Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380. Gazzetta Ufficiale n. 194 del 20 agosto 2010.

## Ospedalizzazione

**Significato.** Il tasso di ospedalizzazione fornisce una misura di propensione al ricovero ospedaliero della popolazione oggetto di studio. Si calcola come rapporto fra il numero di ricoveri ospedalieri, ovunque effettuati, relativi a soggetti residenti in una data regione e la complessiva popolazione ivi residente. Il tasso di ospedalizzazione viene, solitamente, elaborato distintamente per le diverse modalità di ricovero, cioè 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, inoltre, 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.

L'inappropriatezza ospedaliera non deve essere unicamente associata all'idea di malfunzionamento organizzativo degli ospedali, ma può anche essere dovuta ad una cattiva gestione della cronicità da parte dei servizi sanitari territoriali ed ad una talvolta inefficiente attività di prevenzione in grado di limitare il ricorso alle cure ospedaliere. L'indicatore è stato calcolato tenendo conto delle dimissioni da reparti per acuti, riabilitazione e lungodegenza effettuate presso strutture pubbliche e private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Sono escluse le dimissioni dei neonati sani e dei ricoveri dei soggetti non residenti in Italia. D'altro canto, invece, sono 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 al netto dell'effetto legato alla struttura per età dei pazienti, è stato calcolato il tasso standardizzato, utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001. Il dato del 2009 è messo a confronto, con analoghe rilevazioni effettuate, con riferimento ai dati 2006, 2007 e 2008.

**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‰ residenti) in regime diurno.

### Descrizione dei risultati

Nel 2009 il tasso grezzo di ospedalizzazione a livello nazionale è pari a 131 per 1.000 abitanti in modalità ordinaria ed a 54 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 2009 il tasso standardizzato di ospedalizzazione complessivo a livello nazionale è 179,4‰, di cui 126,4‰ in modalità ordinaria e 53,0‰ in modalità di ricovero diurno. Il tasso di ospedalizzazione complessivo varia, a livello regionale, dal valore massimo presente in Campania (220,9‰) al valore minimo del Friuli Venezia Giulia (147,2‰). Solo 11 regioni presentano valori che rientrano nello standard normativo fissato al 180‰, mentre le restanti, tutte quelle meridionali, assieme al Lazio, Liguria e PA di Bolzano, presentano valori superiori. In generale, le regioni del Sud, ad eccezione della Sardegna, presentano un tasso complessivo superiore a quello nazionale, mentre quelle del Centro-Nord un tasso inferiore, ad eccezione di Lazio, Liguria e PA di Bolzano.

Il tasso relativo al regime di RO varia dal 108,1‰ della Toscana al 154,8‰ della Puglia e si registra un valore più elevato del dato nazionale oltre che nelle regioni del Sud (eccetto Basilicata e Sardegna), in

Lombardia, PA di Bolzano e Valle d'Aosta.

Per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione in regime diurno le regioni con valori estremi sono la Liguria (85,5‰) ed il Friuli Venezia Giulia (38,3‰). Presentano valori molto superiori a quello nazionale anche Campania (76,0‰) e Sicilia (83,7‰). In generale i ricoveri in DH corrispondono a circa il 29,6% del totale dei ricoveri ospedalieri e si evidenzia come tutte le regioni presentano un tasso di ospedalizzazione per il DH superiore al riferimento normativo del 36‰.

L'analisi nel periodo considerato mette in evidenza una costante riduzione dei tassi di ospedalizzazione. Per il tasso complessivo la riduzione è del 4,5% nel 2009 rispetto al 2008, del 7,3% rispetto al 2007 e del 12,1% rispetto al 2006. Per la modalità di ricovero in RO la riduzione è del 2,4% rispetto al 2008, del 5,2% rispetto al 2007 e del 9,1% rispetto al 2006. Per il ricovero diurno la riduzione del tasso di ospedalizzazione è del 9,1% rispetto al 2008, del 12,1% rispetto al 2007 e del 18,6% rispetto al 2006.

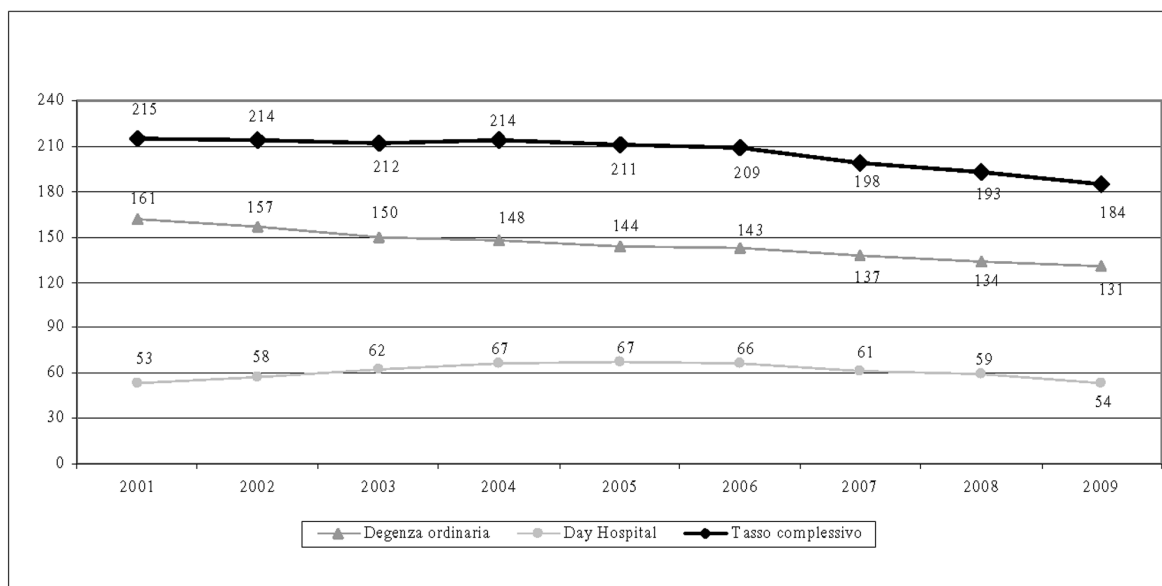
In generale, tutte le regioni italiane presentano un trend in diminuzione del tasso di ospedalizzazione complessivo dal 2006 al 2009. In particolare, la maggiore riduzione si rileva per quelle regioni con valore

di partenza più elevato: Abruzzo (252,4‰ nel 2006 vs 185,5‰ nel 2009), Calabria (230,1‰ vs 180,7‰ nel 2009), Sicilia (262,7‰ vs 211,7‰ nel 2009) e Lazio (228,4‰ vs 189,6‰).

Per quanto riguarda le dimissioni da RO una riduzione del tasso di ospedalizzazione si rileva in quasi tutte le regioni, ad eccezione del Piemonte (110,0‰ nel 2006 vs 114,2‰ nel 2009), della Valle d'Aosta (126,0‰ nel 2006 vs 129,0‰ nel 2009), della Toscana (106,6‰ vs 108,1‰) e dell'Umbria (118,2‰ vs 122,9‰). Le regioni con una riduzione più consistente di dimissioni da RO sono Abruzzo (184,1‰ nel 2006 vs 134,9‰ nel 2009), Molise (171,2‰ vs 135,4‰), Calabria (161,1‰ vs 127,1‰) e Sardegna (148,2‰ vs 124,7‰).

Per quanto riguarda le dimissioni da ricovero diurno si rileva una notevole riduzione del tasso di ospedalizzazione in Sicilia (111,8‰ nel 2006 vs 83,7‰ nel 2009), Piemonte (62,1‰ vs 45,9‰) e Lombardia (59,1‰ vs 40,3‰), con quest'ultime 2 regioni che già nel 2006 presentavano valori al di sotto di quello nazionale. In generale tutte le regioni, escluse la PA di Trento (56,5‰ vs 58,8‰) ed il Friuli Venezia Giulia (37,3‰ vs 38,3‰), registrano una netta diminuzione del tasso di ospedalizzazione per il ricovero diurno.

**Grafico 1** - Tasso grezzo (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per regime di ricovero - Anni 2001-2009



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

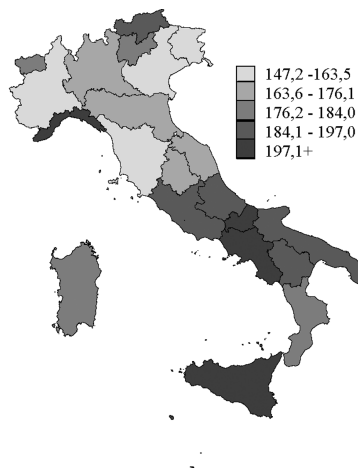
**Tabella 1** - Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per regime di ricovero e regione - Anni 2006-2009

Regioni	2006			2007			2008			2009		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	110,0	62,1	172,1	108,2	61,5	169,7	106,4	62,3	168,7	114,2	45,9	160,1
Valle d'Aosta	126,0	55,9	181,9	129,9	57,2	187,1	130,3	56,1	186,4	129,0	49,5	178,5
Lombardia	139,4	59,1	198,5	135,2	45,5	180,7	133,5	42,6	176,1	131,6	40,3	171,9
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>154,5</i>	<i>50,2</i>	<i>204,7</i>	<i>154,2</i>	<i>51,7</i>	<i>205,9</i>	<i>149,5</i>	<i>49,8</i>	<i>199,3</i>	<i>140,9</i>	<i>49,5</i>	<i>190,4</i>
<i>Trento</i>	<i>124,9</i>	<i>56,5</i>	<i>181,4</i>	<i>123,0</i>	<i>57,0</i>	<i>180,0</i>	<i>120,1</i>	<i>56,7</i>	<i>176,8</i>	<i>118,5</i>	<i>58,8</i>	<i>177,4</i>
Veneto	119,9	50,8	170,7	115,8	45,9	161,7	112,7	41,9	154,6	108,9	40,6	149,5
Friuli Venezia Giulia	114,9	37,3	152,2	114,2	36,4	150,6	111,9	37,5	149,4	109,0	38,3	147,2
Liguria	122,7	90,7	213,5	119,7	88,6	208,3	117,4	89,4	206,8	114,9	85,5	200,4
Emilia-Romagna	128,5	43,9	172,3	126,8	43,2	170,0	124,6	42,4	167,0	121,8	41,9	163,6
Toscana	106,6	52,2	158,8	103,6	51,2	154,8	100,8	51,3	152,0	108,1	41,3	149,4
Umbria	118,2	58,8	177,0	118,1	58,6	176,7	115,8	57,4	173,3	122,9	46,0	168,9
Marche	129,9	45,9	175,8	127,1	46,7	173,7	124,7	47,2	171,9	122,8	46,0	168,8
Lazio	148,0	80,5	228,4	137,0	67,8	204,8	131,7	66,8	198,5	125,9	63,7	189,6
Abruzzo	184,1	68,3	252,4	158,7	58,9	217,7	141,2	58,9	200,1	132,9	52,7	185,5
Molise	171,2	63,6	234,8	164,9	63,5	228,4	148,9	62,5	211,4	135,4	61,8	197,1
Campania	160,7	77,5	238,2	155,1	77,1	232,2	151,5	79,6	231,1	144,9	76,0	220,9
Puglia	169,7	50,4	220,1	166,3	53,8	220,1	159,9	56,1	216,0	154,8	39,0	193,8
Basilicata	132,9	71,9	204,9	123,2	72,0	195,2	121,7	70,8	192,4	117,9	66,2	184,1
Calabria	161,1	69,0	230,1	149,5	67,6	217,1	142,5	71,2	213,8	127,1	53,6	180,7
Sicilia	150,9	111,8	262,7	139,6	101,5	241,2	134,6	83,2	217,8	128,0	83,7	211,7
Sardegna	148,2	55,0	203,2	139,6	57,7	197,4	135,2	54,4	189,6	124,7	51,5	176,2
<b>Italia</b>	<b>139,0</b>	<b>65,1</b>	<b>204,1</b>	<b>133,3</b>	<b>60,3</b>	<b>193,6</b>	<b>129,5</b>	<b>58,3</b>	<b>187,8</b>	<b>126,4</b>	<b>53,0</b>	<b>179,4</b>

**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. Demografie in cifre per la popolazione. Anno 2011.

**Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per regione. Anno 2009**



### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Come stabilito con il Patto per la Salute 2010-2012, spetta ai piani sanitari nazionali e regionali proporre 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 ed all'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, è stato raggiunto da gran parte delle regioni centro-settentrionali, con alcune eccezioni. Nel periodo considerato si rileva che le regioni dell'Italia meridionale ed insulare tendono gradualmente alla soglia del 180‰: in particolare, Sardegna e Calabria sembrano aver raggiunto l'obiettivo.

I provvedimenti emanati fin dal 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 ed in regime ambulatoriale, con la conseguente contrazione del numero di ricoveri in degenza ordinaria.

Contemporaneamente, però, si è anche verificato un incremento, in alcuni casi rilevante, 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 soprattutto in relazione all'età che, quindi, influenza anche l'entità della domanda di prestazioni sanitarie ospedaliere. In particolare, la tipologia di assistenza ospedaliera erogata (acuzie, riabilitazione o lungodegenza) risente fortemente delle carat-

teristiche 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\*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere per classi di età e tipologia di attività}^1}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

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

<sup>1</sup>Regime di Ricovero Ordinario, distintamente nei reparti di attività per acuti, riabilitazione e lungodegenza.

**Validità e limiti.** Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), considerate nel calcolo dell'indicatore, sono relative alle dimissioni effettuate in regime di Ricovero Ordinario (RO), nel corso del 2009, e 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 o viceversa), devono essere compilate due 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 diverse classi di età.

### Descrizione dei risultati

Le tabelle mostrano la distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione specifici per classi di età, distintamente per le varie tipologie di attività ospedaliera (acuti, riabilitazione, lungodegenza). Rispetto ai dati relativi

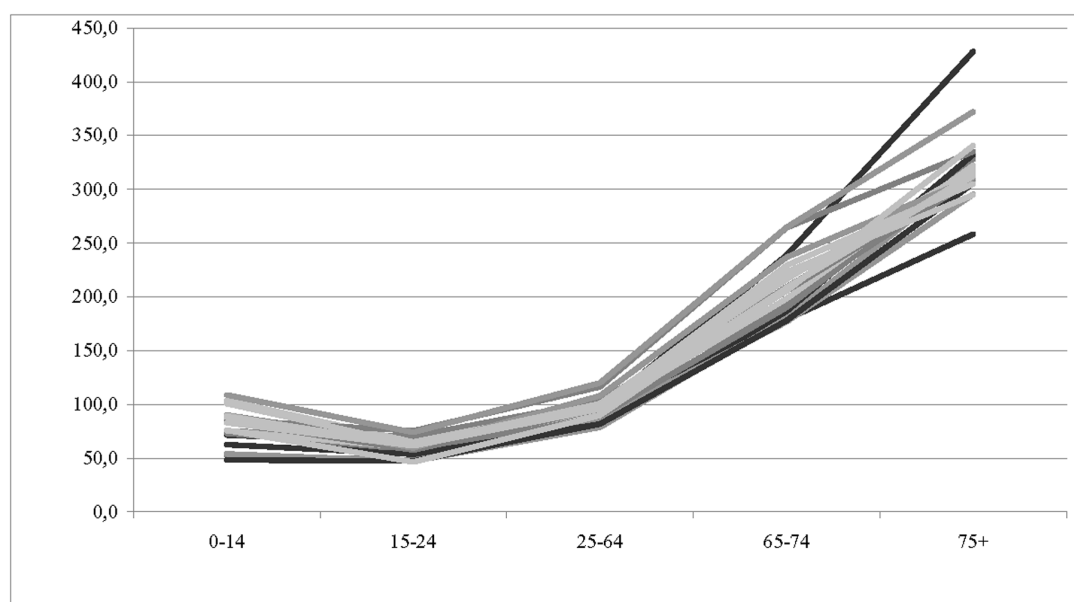
vi alle SDO 2008 (Rapporto Osservasalute 2010, pagg. 402-404), si nota una tendenza alla diminuzione dei valori dei tassi di ospedalizzazione per acuti e dei ricoveri in regime ordinario di riabilitazione; sostanzialmente stabili i ricoveri di lungodegenza. I tassi specifici per età dei RO in reparti per acuti presentano una notevole variabilità tra le regioni. Per quanto riguarda i RO nelle discipline per acuti, in tutte le regioni i valori più elevati si evidenziano nelle classi di età estreme (Tabella 1 e Grafico 1). Relativamente all'attività di riabilitazione sono state considerate classi di età più ampie, perché vi ricorrono più frequentemente i pazienti anziani. Anche in questo caso si osserva una generale riduzione dei tassi di ricovero standardizzati, rispetto all'anno precedente, seppure con talune eccezioni. Le regioni per le quali si rileva un aumento dei tassi sono Piemonte (5,8‰ nel 2008 vs 6,2‰ nel 2009), Emilia-Romagna (2,5‰ vs 4,4‰ nel 2009), Marche (2,4‰ vs 2,9‰) e Sardegna (1,3‰ vs 1,4‰). Da rilevare, inoltre, come il tasso di ospedalizzazione assuma valori più elevati per la classe degli ultra 75enni e con considerevole variabilità tra le regioni. Ciò è presumibilmente da attribuire alla diversa progettazione sia delle reti ospedaliere che dei servizi territoriali, anche in termini di dotazione delle strutture specialistiche per l'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 la presenza di una modesta attività di lungodegenza in Valle d'Aosta (0,2‰), Liguria (1,3‰) ed Umbria (1,7‰), mentre i valori più elevati si osservano in Emilia-Romagna (45,9‰), PA di Bolzano (33,6‰) e PA di Trento (25,4‰).

**Tabella 1** - Tasso specifico e standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per acuti e regione - Anno 2009

Regioni	0-14	15-24	25-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	74,9	54,2	86,4	179,1	258,2	104,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	75,1	70,5	103,2	208,3	322,1	124,4
Lombardia	90,3	62,5	97,5	209,2	310,9	121,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>71,5</i>	<i>63,6</i>	<i>96,2</i>	<i>238,7</i>	<i>428,1</i>	<i>131,1</i>
<i>Trento</i>	<i>52,7</i>	<i>48,3</i>	<i>84,8</i>	<i>193,6</i>	<i>328,2</i>	<i>107,4</i>
Veneto	54,1	47,4	78,8	181,2	317,0	102,0
Friuli Venezia Giulia	48,4	47,4	81,7	186,7	332,2	104,6
Liguria	75,6	58,6	86,9	177,1	295,3	108,6
Emilia-Romagna	73,1	57,9	89,3	190,4	321,5	113,0
Toscana	62,7	53,8	81,8	178,1	305,6	104,3
Umbria	87,3	64,3	95,7	197,3	309,6	119,1
Marche	75,7	59,3	94,6	198,5	322,4	117,4
Lazio	84,6	57,7	95,7	205,6	312,1	119,0
Abruzzo	103,8	65,0	99,8	216,5	318,9	126,5
Molise	90,2	59,5	108,0	236,8	310,5	130,0
Campania	85,7	75,5	116,4	264,5	335,2	140,7
Puglia	108,7	74,1	119,9	264,6	372,2	148,8
Basilicata	76,0	46,5	89,8	208,7	312,2	113,5
Calabria	87,9	62,8	100,7	223,1	294,7	123,2
Sicilia	100,7	62,7	98,4	229,4	304,9	125,2
Sardegna	89,3	61,9	95,6	205,7	340,7	122,5
<b>Italia</b>	<b>82,8</b>	<b>61,6</b>	<b>96,0</b>	<b>208,4</b>	<b>314,3</b>	<b>119,8</b>

**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 2011.

**Grafico 1** - Tasso specifico (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per acuti e regione - Anno 2009

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2011.

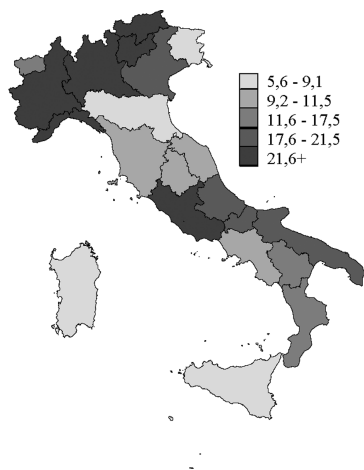
**Tabella 2** - Tasso specifico e standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per riabilitazione e regione - Anno 2009

Regioni	0-44	45-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	1,6	7,3	19,1	25,1	6,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,7	4,7	11,1	12,2	3,0
Lombardia	1,5	7,2	23,9	38,7	6,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,5</i>	<i>4,2</i>	<i>16,1</i>	<i>29,8</i>	<i>5,7</i>
<i>Trento</i>	<i>1,1</i>	<i>7,0</i>	<i>24,9</i>	<i>31,8</i>	<i>7,4</i>
Veneto	0,6	3,8	14,1	18,5	4,2
Friuli Venezia Giulia	0,7	2,5	7,6	7,9	2,6
Liguria	1,2	5,5	15,5	21,6	4,3
Emilia-Romagna	0,5	2,6	7,7	8,3	4,4
Toscana	0,6	2,4	7,9	11,0	2,3
Umbria	0,8	3,4	9,5	9,4	2,7
Marche	0,5	2,4	7,4	9,2	2,9
Lazio	0,7	4,1	15,2	27,9	4,3
Abruzzo	0,7	3,8	13,3	20,2	4,0
Molise	0,8	4,2	13,8	17,6	3,8
Campania	0,4	2,5	8,4	11,0	2,5
Puglia	0,9	4,5	15,0	18,1	4,3
Basilicata	0,7	3,4	10,8	13,9	3,1
Calabria	0,7	3,1	10,0	11,6	2,9
Sicilia	0,8	2,6	7,7	7,5	2,2
Sardegna	0,4	1,4	4,4	5,6	1,4
<b>Italia</b>	<b>0,9</b>	<b>4,2</b>	<b>13,8</b>	<b>19,2</b>	<b>4,2</b>

**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 2011.

**Tasso specifico (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per riabilitazione, per la classe di età 75 anni ed oltre e regione. Anno 2009**



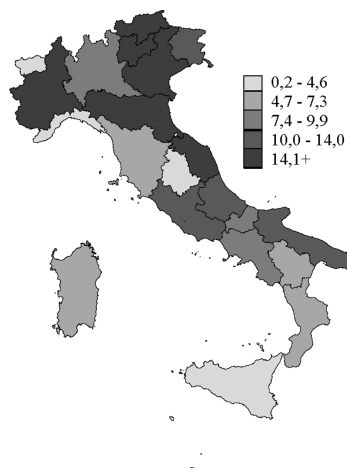
**Tabella 3** - Tasso specifico e standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per lungodegenza e regione - Anno 2009

Regioni	0-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,4	3,7	14,1	1,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,1	0,4	0,2	0,1
Lombardia	0,1	1,7	7,5	0,9
Bolzano-Bozen	0,7	7,2	33,6	4,1
Trento	0,4	5,4	25,4	3,0
Veneto	0,3	3,8	18,0	2,1
Friuli Venezia Giulia	0,2	2,2	10,7	1,3
Liguria	0,1	0,3	1,3	0,2
Emilia Romagna	0,8	10,9	45,9	5,6
Toscana	0,1	0,9	5,1	0,6
Umbria	0,1	0,4	1,7	0,3
Marche	0,7	4,0	18,2	2,5
Lazio	0,1	1,7	10,0	1,1
Abruzzo	0,3	3,5	13,7	1,8
Molise	0,2	2,3	7,8	1,0
Campania	1,0	3,0	7,4	1,7
Puglia	0,2	2,9	10,1	1,3
Basilicata	0,3	2,4	7,1	1,0
Calabria	0,2	2,8	7,0	1,1
Sicilia	0,1	1,3	3,4	0,5
Sardegna	0,1	1,1	4,7	0,6
<b>Italia</b>	<b>0,3</b>	<b>3,0</b>	<b>12,4</b>	<b>1,6</b>

**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 2011.

**Tasso specifico (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di RO per lungodegenza, per la classe di età 75 anni ed oltre e regione. Anno 2009**



### Raccomandazioni di Osservasalute

La lettura congiunta degli indicatori esaminati evidenzia una maggiore e più specifica domanda assistenziale 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 una migliore 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 ed “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

x 100

### Percentuale di ricoveri in “One Day Surgery”

Numeratore	Ricoveri totali con DRG chirurgico di 0-1 giorno in regime di Ricovero Ordinario
Denominatore	Dimissioni totali in regime di Ricovero Ordinario con DRG chirurgico

x 100

**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 2009.

Per la selezione dei ricoveri in DS si utilizza la XIX versione del sistema di classificazione DRG, con la specifica di DRG chirurgico.

A tal proposito si ritiene necessario evidenziare che dal 1 gennaio 2009 è stata adottata una versione aggiornata del sistema di classificazione ICD-9-CM per la codifica delle diagnosi e procedure/interventi rilevate con il flusso informativo derivante dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). La versione adottata è quella relativa al 2007 e, conseguentemente, è stata anche adottata la corrispondente versione della classificazione DRG (XXIV versione).

Pertanto, per i raffronti temporali è necessario prestare le opportune cautele.

Un’ulteriore cautela nella lettura dei dati deriva dalle differenti 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 comporta, in questi ultimi casi, un incremento fittizio del numero di dimissioni in ricovero diurno.

Inoltre, le differenze regionali relative alle dimissioni di DS possono essere dovute ad una diversa organizzazione dell’offerta delle prestazioni in regime di Ricovero Ordinario (RO) ed in ambito ambulatoriale, anche in relazione alla casistica trattata.

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. Il confronto dei dati regionali con quello nazionale consente di evidenziare le differenti modalità di registrazione degli accessi in regime diurno nelle regioni italiane.

### Descrizione dei risultati

Il numero medio di accessi è pari, a livello nazionale, a 3,75 accessi per prestazioni di tipo medico ed a 1,58 accessi per prestazioni di tipo chirurgico. La distribuzione regionale evidenzia una maggiore variabilità per le prestazioni di tipo medico, passando da 2,82 accessi medi della Puglia a 7,75 dell'Emilia-Romagna.

Su tale variabilità incidono le patologie trattate, ma sicuramente anche le differenti modalità amministrativo-organizzative. Infatti, è rilevabile una correlazione inversa tra il numero medio di accessi e la numerosità dei ricoveri in Day Hospital di tipo medico: ad esempio, in Emilia-Romagna ci sono 7,75 accessi medi a fronte di 93.066 dimessi, in Lombardia 3,04 accessi a fronte di 224.590 dimessi ed in Campania 3,01 accessi a fronte di 261.813 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 diminuzione rispetto all'anno precedente

e si attesta al 45,35% nel 2009. La variabilità regionale è particolarmente rilevante e denota un utilizzo differente dei regimi assistenziali ospedalieri. In generale, i valori sono tendenzialmente più elevati nelle regioni del Centro-Nord, piuttosto che nelle regioni meridionali. Le regioni che presentano percentuali di DS più contenute rispetto ai ricoveri diurni sono la Calabria ed il Lazio, con percentuali che superano appena il 30,0%.

Anche le dimissioni in "One Day Surgery", che a livello nazionale rappresentano il 18,87% delle dimissioni in regime ordinario, presentano un'elevata variabilità a livello territoriale passando dal 5,13 della Sicilia al 30,14% del Piemonte. Si rileva, inoltre, che, rispetto al 2008, in alcune regioni quali il Piemonte, la Toscana e l'Umbria ad un incremento della percentuale di ricoveri in "One Day Surgery" (dal 15,14% al 30,14% in Piemonte, dal 5,49% al 24,76% in Toscana e dal 13,65% al 29,13% in Umbria) è associato un decremento del numero di dimissioni in regime di DS (del 37,0% in Piemonte, del 36,0% in Umbria e del 32,0% in Toscana).

**Tabella 1** - Ricoveri e numero medio di accessi in Day Hospital ed in Day Surgery per regione - Anno 2009

Regioni	Day Hospital			Day Surgery		
	Dimessi	Accessi	N medio accessi	Dimessi	Accessi	N medio accessi
Piemonte	84.551	394.728	4,67	122.501	127.364	1,04
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2.791	17.037	6,10	3.022	3.456	1,14
Lombardia	224.590	682.054	3,04	177.505	185.294	1,04
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>9.519</i>	<i>36.193</i>	<i>3,80</i>	<i>16.032</i>	<i>18.017</i>	<i>1,12</i>
<i>Trento</i>	<i>7.195</i>	<i>41.457</i>	<i>5,76</i>	<i>20.304</i>	<i>25.555</i>	<i>1,26</i>
Veneto	54.006	168.554	3,12	142.904	238.807	1,67
Friuli Venezia Giulia	21.167	124.215	5,87	31.188	58.108	1,86
Liguria	91.933	371.906	4,05	55.765	111.408	2,00
Emilia-Romagna	93.066	721.083	7,75	103.882	166.177	1,60
Toscana	86.093	438.339	5,09	80.547	91.632	1,14
Umbria	22.111	84.684	3,83	19.695	24.682	1,25
Marche	26.769	131.188	4,90	50.244	50.958	1,01
Lazio	249.165	853.301	3,42	117.663	290.133	2,47
Abruzzo	27.556	131.278	4,76	39.680	47.546	1,20
Molise	11.751	39.173	3,33	9.264	13.680	1,48
Campania	261.813	788.247	3,01	149.127	365.986	2,45
Puglia	68.860	194.069	2,82	74.445	110.642	1,49
Basilicata	22.545	76.202	3,38	16.225	36.197	2,23
Calabria	62.230	222.289	3,57	26.713	39.311	1,47
Sicilia	262.398	839.732	3,20	144.931	229.095	1,58
Sardegna	44.505	152.184	3,42	37.853	43.406	1,15
<b>Italia</b>	<b>1.734.614</b>	<b>6.507.913</b>	<b>3,75</b>	<b>1.439.490</b>	<b>2.277.454</b>	<b>1,58</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

**Tabella 2** - Percentuale di ricoveri in Day Surgery ed “One Day Surgery” per regione - Anno 2009

Regioni	Day Surgery	One Day Surgery
Piemonte	59,16	30,14
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	51,99	13,22
Lombardia	44,15	26,45
Bolzano-Bozen	62,75	6,92
Trento	73,84	7,58
Veneto	72,57	13,84
Friuli Venezia Giulia	59,57	25,45
Liguria	37,76	7,19
Emilia-Romagna	52,75	25,39
Toscana	48,34	24,76
Umbria	47,11	29,13
Marche	65,24	29,28
Lazio	32,08	7,77
Abruzzo	59,02	14,01
Molise	44,08	6,02
Campania	36,29	10,40
Puglia	51,95	18,10
Basilicata	41,85	7,87
Calabria	30,03	10,87
Sicilia	35,58	5,13
Sardegna	45,96	12,75
<b>Italia</b>	<b>45,35</b>	<b>18,87</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

### Raccomandazioni di Osservasalute

I recenti piani sanitari, nazionali e regionali, emanati o in via di approvazione, 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 all'assistenza territoriale; 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.

Il Patto per la Salute 2010-2012, nel ribadire la necessità di perseguire l'efficienza, la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza sanitaria, anche ai fini del raggiungimento dell'equilibrio economico, fornisce un aggiornamento della lista di DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di RO. Contemporaneamente 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, sia per il regime di degenza ordinaria che per quello diurno, sono messi a confronto per valutare, nell'ambito di ogni regione, il contributo fornito da ciascuna componente al TD complessivo. Un derivato dell'indicatore presentato in questo Capitolo, la percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri, è inserito nel set di indicatori di appropriatezza di cui all'allegato 2 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 del dicembre 2009 (1). 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'offerta 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. Saranno qui illustrati e descritti in dettaglio i dati relativi all'anno 2009, mentre sarà richiamato, in forma aggregata, il confronto con le serie di dati registrati dall'anno 2002. Per un confronto analitico dell'andamento dell'indicatore dall'anno 2002 si rimanda al testo ed alle tabelle pubblicate nell'analogo Capitolo dell'edizione 2010 del Rapporto Osservasalute.

### Tasso di dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici\*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

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

**Validità e limiti.** 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. Peraltro, 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 da tempo attivato percorsi ambulatoriali extradegenza per l'esecuzione di interventi chirurgici di bassa complessità ed 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. L'allegato 2 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 prevede per l'indicatore "Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri", uno standard pari al valore medio delle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza. In questa sede riteniamo che il confronto dei tassi regionali con il valore nazionale consenta di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero per le due tipologie considerate. È opportuno, peraltro, precisare che, per i ricoveri di tipo medico, i TD più bassi possono fornire



una misura abbastanza significativa delle reali possibilità di contenere l'ospedalizzazione e contrastare l'inappropriatezza dei ricoveri. Al contrario, per i DRG chirurgici, gli scostamenti dal valore 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

Il TD complessivo nel 2009 per i DRG considerati, escludendo alcune tipologie di attività ospedaliera (lungodegenza e riabilitazione), è di 170,6 per 1.000 abitanti. Il TD per DRG medici è uguale a 99,5 (per 1.000), di cui il 27,8 (per 1.000) in regime di DH ed il 71,7 (per 1.000) in Ricovero Ordinario (RO). Per i ricoveri chirurgici si registra un TD complessivo del 71,2 (per 1.000), di cui il 23,5 (per 1.000) in regime di DH ed il 47,7 (per 1.000) in regime di RO (Tabella 1). I ricoveri in DH e Day Surgery (DS) rappresentano il 27,9% dei dimessi con DRG medico ed il 33,1% dei dimessi con un DRG chirurgico.

I Grafici 1 e 2 mostrano i trend temporali dal 2002 al 2009 dei TD per DRG medici e chirurgici. Durante gli anni interessati, il TD per DRG medici ha fatto registrare una progressiva e rapida diminuzione, con una riduzione marcata e costante per la quota dei dimessi in regime di RO ed una sostanziale stabilità, seguita da una lieve riduzione, dei ricoveri diurni. Nello stesso periodo il tasso per i DRG chirurgici è cresciuto, in particolare dal 2002 al 2004, e successivamente è diminuito in modo costante, in massima parte per una evidente contrazione dei ricoveri diurni.

#### TD DRG medici

La Tabella 1 ed il Grafico 3 illustrano i TD dell'anno 2009 per i DRG medici standardizzati per regione e regime di ricovero. È evidente un'elevata variabilità regionale, con una differenza assoluta pari a 67,5 ricoveri per 1.000 abitanti tra il valore minimo del Veneto (72,1 per 1.000) ed il valore massimo della Campania (139,6 per 1.000).

La maggiore variabilità si registra nella modalità di ricovero in DH, con TD standardizzati che variano da 11,0 (per 1.000) del Veneto a 49,9 (per 1.000) della Liguria, contro un valore nazionale pari a 27,8 (per 1.000). Il range del TD standardizzato in regime ordinario, sebbene elevato, risulta al confronto più contenuto con valori che oscillano tra il minimo di 53,1 (per 1.000) del Piemonte ed il massimo di 94,2 (per 1.000) della Puglia, contro un dato nazionale pari a 71,7 (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, con qualche eccezione,

minori nelle regioni centro-settentrionali. In particolare, la Liguria, la PA di Bolzano, il Lazio, tutte le regioni del Sud e le Isole (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna) presentano un tasso di ospedalizzazione complessivo sensibilmente superiore a quello nazionale. Per buona parte di queste regioni il risultato è determinato da un eccesso di ricoveri, sia in RO che diurno. La Liguria, il Lazio e la Basilicata presentano un TD standardizzato superiore alla media nel regime diurno. La PA di Bolzano, la Puglia, l'Abruzzo e la Sardegna, al contrario, presentano un TD standardizzato elevato solo in regime ordinario ed un utilizzo del DH contenuto.

Tutte le regioni centro-settentrionali, ad eccezione della Liguria e del Lazio, presentano un TD in DH inferiori al dato nazionale.

#### TD DRG chirurgici

La Tabella 1 ed il Grafico 4 mostrano la distribuzione regionale del TD standardizzato per i DRG chirurgici. Rispetto ai DRG medici, la variabilità regionale del TD dei DRG chirurgici è sensibilmente inferiore e distribuita in maniera abbastanza omogenea tra ricoveri in RO ed in DS. Il range del TD generale oscilla tra il 53,7 (per 1.000) della Calabria e 1'82,6 (per 1.000) della Valle d'Aosta, con un valore nazionale di 71,2 (per 1.000). 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 regime diurno. Le PA di Trento e Bolzano e 7 regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Marche, Abruzzo e Campania) hanno un TD standardizzato superiore a quello nazionale. Tre regioni (Toscana, Calabria e Sardegna) mostrano TD inferiori al valore di 65,0 (per 1.000).

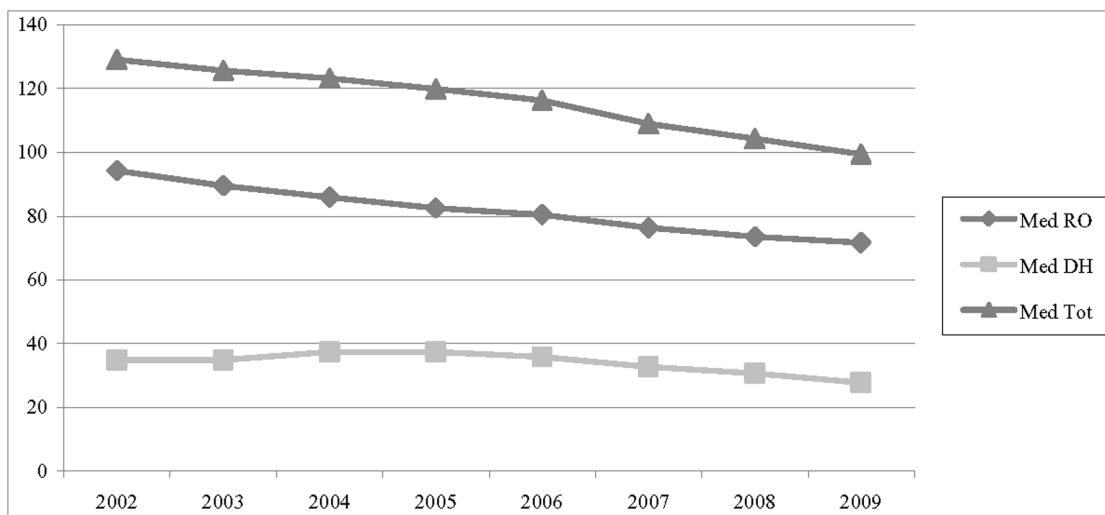
Il range dei TD in regime ordinario varia tra il valore minimo della Calabria (37,6 per 1.000) ed il valore massimo della Valle d'Aosta (57,6 per 1.000), con un valore nazionale pari a 47,7 (per 1.000). Per i ricoveri in DH il dato nazionale è pari a 23,5 (per 1.000). Il valore massimo si registra nella PA di Trento (40,8 per 1.000), mentre il valore minimo sempre in Calabria (16,1 per 1.000). La Tabella 1 ed il Grafico 5 mostrano la percentuale di dimessi con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri, sia per la modalità di RO che per quella in DH. Tale indicatore, previsto nel set di indicatori di appropriatezza introdotti dal Patto per la Salute 2010-2012, mette in evidenza come, a livello nazionale, la quota di dimessi con DRG chirurgico continui a crescere rappresentando, ormai, il 41,7% del totale dei ricoveri (40,8% nel 2010) (2). Per quanto riguarda la modalità di ricovero, la percentuale dei dimessi con un DRG chirurgico è del 39,9% per i pazienti ricoverati in regime di RO e del 45,8% per quelli trattati in DH.

L'indicatore considerato presenta un'elevata variabilità regionale con valori compresi tra il 31,2% della Calabria ed il 52,0% del Piemonte. Il confronto regio-

nale relativo alla modalità di ricovero mostra come la variabilità sia molto elevata per i ricoveri in DH, *range* compreso tra il 31,6% della Calabria ed il 72,9% della PA di Trento, mentre è più contenuta se si considera la

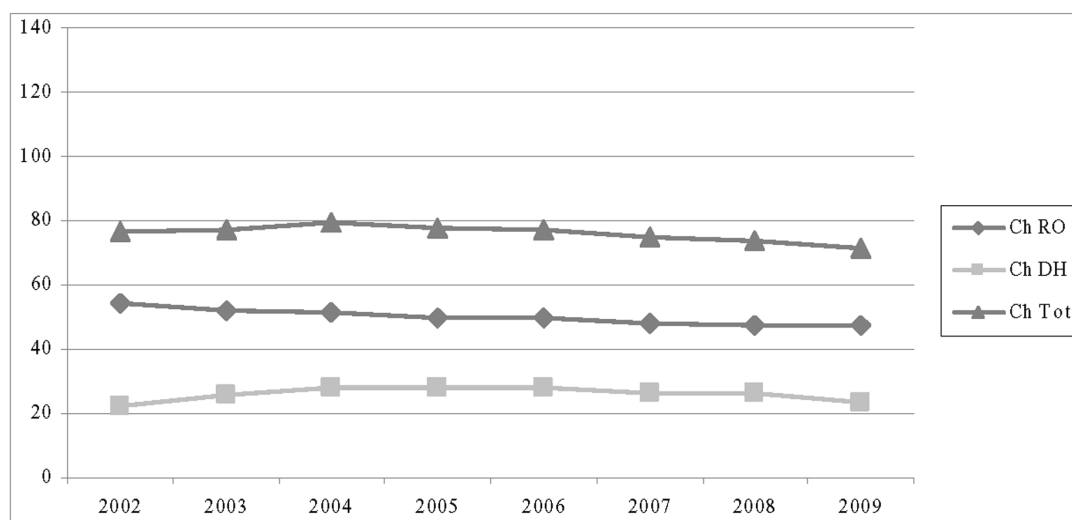
modalità di RO, con valori compresi tra il 31,0% della Calabria ed il 49,7% del Piemonte. Le regioni settentrionali presentano, tendenzialmente, percentuali più elevate di dimessi con un DRG chirurgico.

**Grafico 1** - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici e regime di ricovero - Anni 2002-2009



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

**Grafico 2** - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG chirurgici e regime di ricovero - Anni 2002-2009



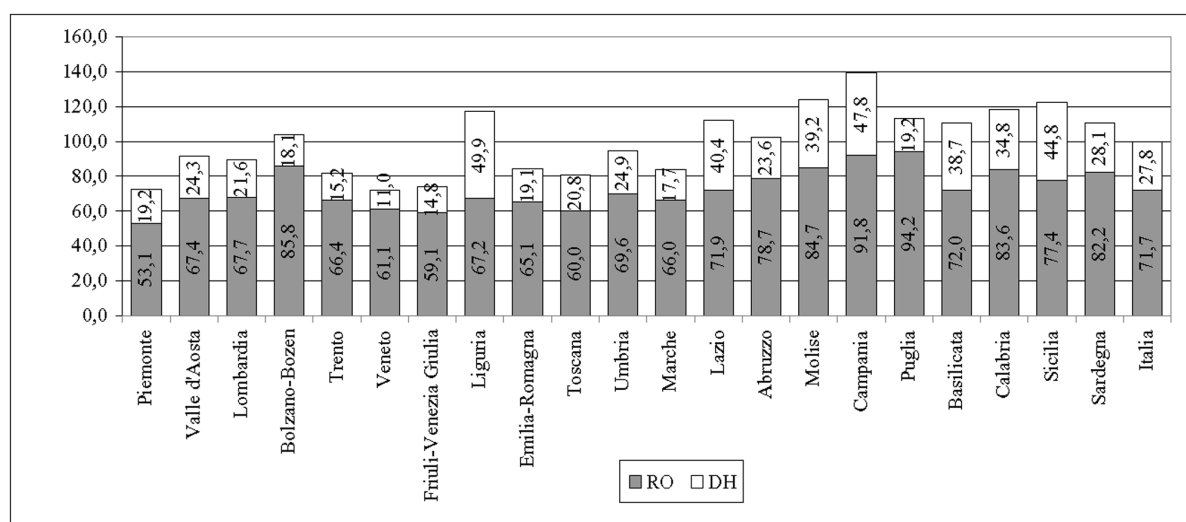
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

**Tabella 1** - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici e chirurgici e variazione percentuale in regime di ricovero e regione - Anno 2009

Regioni	DRG Medici			DRG Chirurgici			% DRG Chirurgici		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	53,1	19,2	72,3	52,3	25,9	78,2	49,7	57,4	52,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	67,4	24,3	91,7	57,6	25,0	82,6	46,1	50,7	47,4
Lombardia	67,7	21,6	89,4	54,6	17,2	71,8	44,6	44,3	44,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>85,8</i>	<i>18,1</i>	<i>103,9</i>	<i>45,4</i>	<i>31,0</i>	<i>76,5</i>	<i>34,6</i>	<i>63,2</i>	<i>42,4</i>
Trento	66,4	15,2	81,5	40,4	40,8	81,2	37,9	72,9	49,9
Veneto	61,1	11,0	72,1	41,3	28,3	69,7	40,3	72,1	49,2
Friuli Venezia Giulia	59,1	14,8	73,9	46,0	23,0	69,0	43,8	60,8	48,3
Liguria	67,2	49,9	117,1	41,8	34,3	76,1	38,4	40,7	39,4
Emilia-Romagna	65,1	19,1	84,2	48,2	21,9	70,0	42,5	53,4	45,4
Toscana	60,0	20,8	80,8	44,7	19,9	64,6	42,7	48,9	44,4
Umbria	69,6	24,9	94,5	49,8	20,0	69,8	41,7	44,6	42,5
Marche	66,0	17,7	83,8	51,6	27,9	79,5	43,9	61,1	48,7
Lazio	71,9	40,4	112,3	47,4	21,0	68,4	39,7	34,2	37,9
Abruzzo	78,7	23,6	102,3	47,6	28,6	76,2	37,7	54,8	42,7
Molise	84,7	39,2	123,9	45,2	21,9	67,1	34,8	35,9	35,1
Campania	91,8	47,8	139,6	48,7	27,3	76,0	34,7	36,4	35,3
Puglia	94,2	19,2	113,3	54,4	19,5	73,9	36,6	50,4	39,5
Basilicata	72,0	38,7	110,7	41,3	26,7	68,0	36,4	40,8	38,0
Calabria	83,6	34,8	118,4	37,6	16,1	53,7	31,0	31,6	31,2
Sicilia	77,4	44,8	122,3	39,9	29,5	69,4	34,0	39,7	36,2
Sardegna	82,2	28,1	110,3	40,2	22,9	63,1	32,8	44,9	36,4
<b>Italia</b>	<b>71,7</b>	<b>27,8</b>	<b>99,5</b>	<b>47,7</b>	<b>23,5</b>	<b>71,2</b>	<b>39,9</b>	<b>45,8</b>	<b>41,7</b>

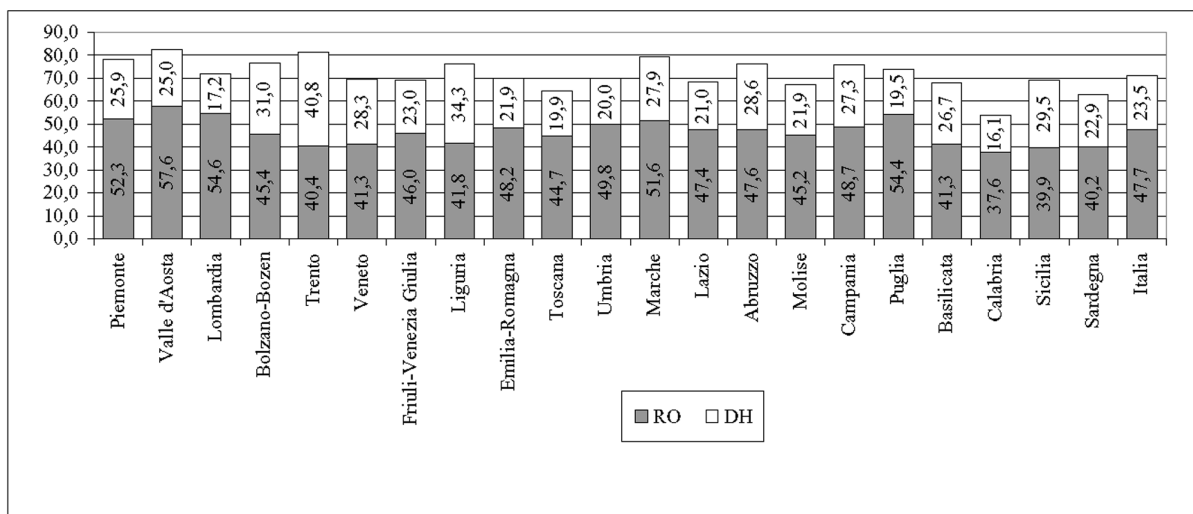
**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

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

**Grafico 3** - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici, regime di ricovero e regione - Anno 2009

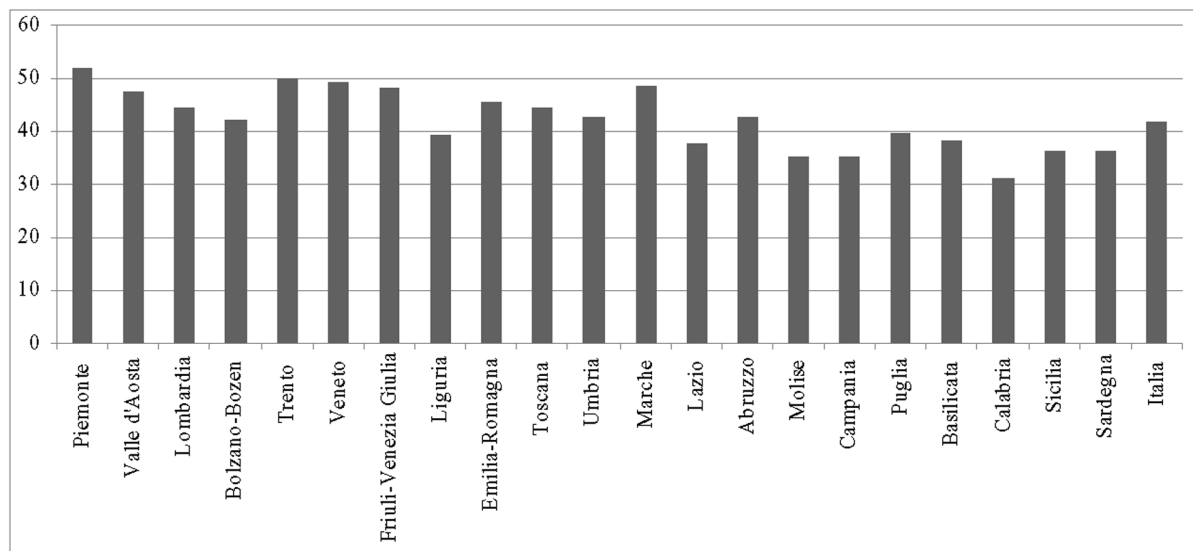
**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2011.

**Grafico 4** - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG chirurgici, regime di ricovero e regione - Anno 2009



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

**Grafico 5** - Percentuale di DRG chirurgici sul totale dei dimessi per regione - Anno 2009



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

### Raccomandazioni di Osservasalute

La notevole riduzione del tasso di ospedalizzazione per DRG medici e chirurgici registrata a partire dal 2002 (Rapporto Osservasalute 2010) riflette e consente di valutare l'efficacia delle politiche messe in campo, nel periodo considerato, dalle regioni per contrastare il fenomeno dell'inappropriatezza dei ricoveri.

Ad una iniziale contrazione della quota di DRG medici in RO ha fatto seguito, negli ultimi anni, sulla spinta delle indicazioni di carattere normativo e della generale tendenza al potenziamento della rete diagnostica ambulatoriale, un più diffuso utilizzo del

Day Service e della chirurgia ambulatoriale ed una generale e sensibile contrazione dei TD per tutte le tipologie e le modalità di ricovero considerate, in tutte le regioni, comprese quelle meridionali. Nonostante tale diffusa riduzione dei ricoveri, persiste comunque una forte variabilità regionale, specialmente per i DRG medici. Per allineare il valore nazionale del 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 verso un uso appropriato dell'ospedale per le patologie acute, ad una più efficace inte-

grazione ospedale-territorio ed allo sviluppo dei servizi assistenziali distrettuali.

Per i DRG chirurgici la riduzione del TD è stata meno marcata e questo fenomeno ha determinato negli ospedali un costante incremento della quota di pazienti chirurgici, contribuendo ad innalzare la complessità ed il peso della casistica trattata. A tale fenomeno ha contribuito anche il progressivo trasferimento delle attività chirurgiche minori verso il regime diurno ed ambulatoriale. Anche questa tendenza non è omogenea nelle diverse realtà regionali e, quindi, è necessario adottare, soprattutto dove il TD per DRG chirurgici 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, nonché stabilire modalità tecniche ed organizzative per gestire in sicurezza gli interventi chirurgici a basso rischio e bassa complessità in regime ambulatoriale extradegenza.

Al fine di garantire equità di accesso e sicurezza delle prestazioni erogate, occorrerebbe anche chiedersi

se il presunto eccesso o difetto di ospedalizzazione rilevato in alcune regioni per le attività chirurgiche, sia da attribuire a differenze epidemiologiche (diversa incidenza delle patologie), organizzative (trasferimento degli interventi meno complessi in regime extradegenza), oppure ad un sotto/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.

#### Riferimenti bibliografici

(1) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le PA di Trento e Bolzano. Allegato 3 del Patto per la Salute 2010-2012. Provvedimento del 3 Dicembre 2009. Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010.

(2) Pieroni G., Belletti M., Cacciari P., Franchino G., Sferrazza A., Ceccolini C., Fantini M.P.; Ospedalizzazione per DRG medici e chirurgici. Osservalute 2010; pg 409.

## Degenza media

**Significato.** La degenza media, ovvero la durata media della degenza ospedaliera espressa in giorni, è un indicatore sintetico di efficienza ospedaliera, calcolabile per i ricoveri effettuati in regime di Ricovero Ordinario (RO). 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 degenza media,

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

In altre parole è una degenza media “non reale” o “attesa”: una diminuzione di tale valore, a seguito della standardizzazione, 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 di Ricovero Ordinario

Denominatore     Dimissioni totali in regime di Ricovero 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 2009, si assesta a livello nazionale a 6,7 giorni. Un'analisi temporale della degenza media evidenzia che, nel periodo 2002-2009, essa è rimasta sostanzialmente stabile (Grafico 1) con un lieve decremento nell'ultimo anno rilevato; consi-

derando 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.

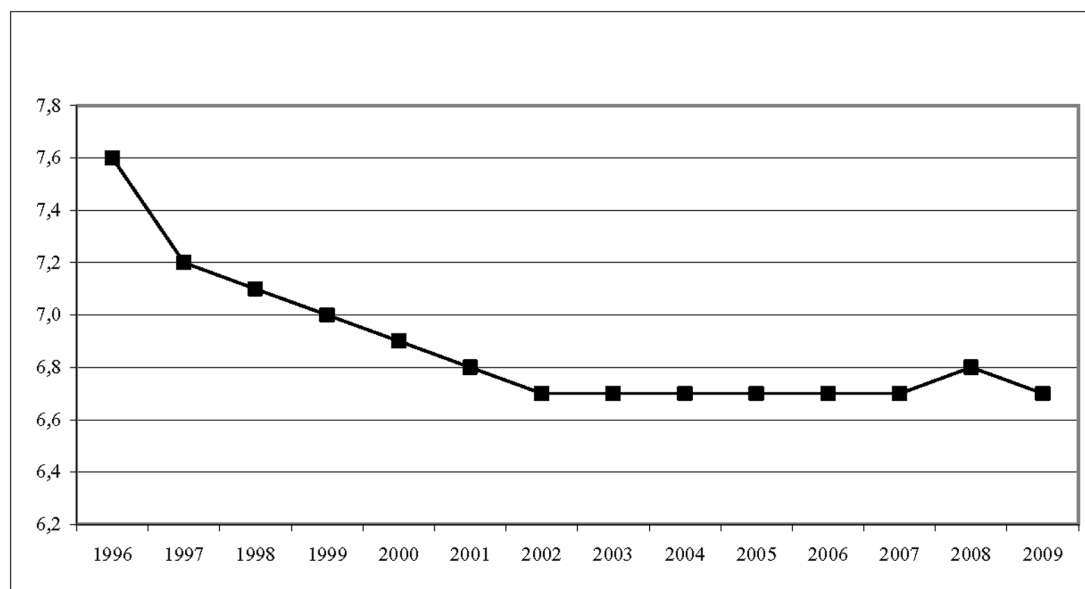
La degenza media standardizzata per *case mix* varia tra il valore minimo di 6,2 della Campania e dell'Umbria al valore massimo di 7,7 della Valle d'Aosta e del Veneto.

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, e nel Lazio, si osserva, in generale, 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 2006-2009

Regioni	2006		2007		2008		2009	
	Grezza	Std	Grezza	Std	Grezza	Std	Grezza	Std
Piemonte	8,1	7,5	8,1	7,5	8,2	7,6	7,1	7,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,5	7,6	8,1	7,4	7,9	7,6	8,2	7,7
Lombardia	6,5	6,6	6,6	6,8	6,6	6,9	6,6	6,9
Bolzano-Bozen	6,7	7,0	6,6	7,0	6,7	7,0	6,8	7,0
Trento	7,8	7,5	7,9	7,6	8,0	7,8	8,0	7,6
Veneto	7,9	7,6	8,0	7,7	8,0	7,7	8,1	7,7
Friuli Venezia Giulia	7,5	7,1	7,4	7,1	7,4	7,1	7,5	7,2
Liguria	7,8	6,9	7,8	6,9	8,0	7,0	8,1	7,1
Emilia-Romagna	6,6	6,3	6,6	6,4	6,5	6,4	6,4	6,3
Toscana	7,4	6,8	7,3	6,7	7,3	6,6	6,7	6,3
Umbria	6,3	6,2	6,4	6,3	6,5	6,4	6,0	6,2
Marche	6,9	6,8	6,9	6,8	6,9	6,9	6,9	6,8
Lazio	7,5	7,7	7,3	7,5	7,1	7,3	7,0	7,2
Abruzzo	5,8	6,4	6,2	6,5	6,6	6,7	6,8	6,8
Molise	7,0	7,3	6,9	7,2	6,9	7,2	6,9	7,2
Campania	5,4	6,2	5,4	6,3	5,5	6,3	5,5	6,2
Puglia	6,2	6,6	6,2	6,7	6,2	6,7	6,3	6,6
Basilicata	6,7	6,7	6,9	6,8	7,0	6,9	6,9	6,8
Calabria	6,2	6,8	6,3	6,9	6,4	6,9	6,7	7,0
Sicilia	5,9	6,2	6,0	6,2	6,1	6,3	6,2	6,3
Sardegna	6,7	7,3	6,8	7,3	6,7	7,2	6,9	7,3
<b>Italia</b>	<b>6,7</b>	<b>6,7</b>	<b>6,7</b>	<b>6,7</b>	<b>6,8</b>	<b>6,8</b>	<b>6,7</b>	<b>6,7</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

**Grafico 1** - Degenza media per acuti - Anni 1996-2009

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Oltre alla valutazione del *case mix*, di per sé importante per un'analisi 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 indicatore

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. Di qui si desume la necessità di collocare almeno funzionalmente 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) descrive il tempo medio trascorso in ospedale prima di eseguire un intervento chirurgico in regime di Ricovero Ordinario (RO), il più delle volte per effettuare accertamenti diagnostici o altre attività terapeutiche ed assistenziali propedeutiche all'intervento stesso. Di recente, è stato inserito nel *set* di indicatori di appropriatezza presi come riferimento dal Patto per la Salute 2010-2012 (1).

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 o 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 standardizzata per case mix\*

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 2006 e 2009, è stata standardizzata per il *case mix* trattato in ciascuna struttura 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.** L'allegato 2 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 prevede come benchmark il valore medio registrato nelle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza. In questa sede riteniamo che il valore medio nazionale possa essere assunto come riferimento per il confronto delle diverse *performance*, mentre i valori più bassi di DMPO rilevati forniscono una misura rappresentativa 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 e nel 2009, per regione di ricovero.

In generale, la ricerca di efficienza legata al processo di 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 2009 la DMPO standardizzata a livello nazionale ha subito una lieve riduzione (da 2,00 a 1,88 giorni), mentre il *range* dei valori rilevati ha subito una contrazione più marcata (Tabella 1 e Grafico 1).

Infatti, tra il 2006 ed il 2009, il *range* della DMPO standardizzata si è ridotto da 1,66 giorni (1,22 della Valle d'Aosta contro 2,88 giorni del Lazio) a 1,04 giorni (1,44 delle Marche contro 2,48 giorni del Lazio).

L'analisi dei dati regionali mostra che tutte le regioni hanno un valore in lieve diminuzione, ad eccezione di Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Lombardia e PA di Bolzano che mostrano un lieve incremento. Tale incremento è, comunque, di lieve entità ed ad appannaggio esclusivo di regioni che già presentavano valori molto più bassi del valore nazionale. La regione in cui si registra la riduzione maggiore della DMPO è il



Lazio che, tuttavia, presenta ancora il valore più alto in assoluto. Anche nel 2009 si conferma un valore al di sotto del dato nazionale nella maggior parte delle regioni del Nord e del Centro, mentre il valore resta al di sopra di quello nazionale in Lazio, Liguria ed in tutte le regioni del Mezzogiorno. La Tabella 2 ed il Grafico 2 mostrano la DMPO standardizzata scomposta per genere. La DMPO risulta essere maggiore per gli uomini rispetto alle donne, sia a livello nazionale

che regionale. Anche la variabilità regionale è sensibilmente più elevata per gli uomini. Infatti, il *range* registrato tra gli uomini è di 1,32 giorni (1,55 della Toscana contro 2,87 giorni del Lazio), mentre per le donne è di 0,88 giorni (1,31 giorni delle Marche contro 2,19 giorni della Campania e del Lazio).

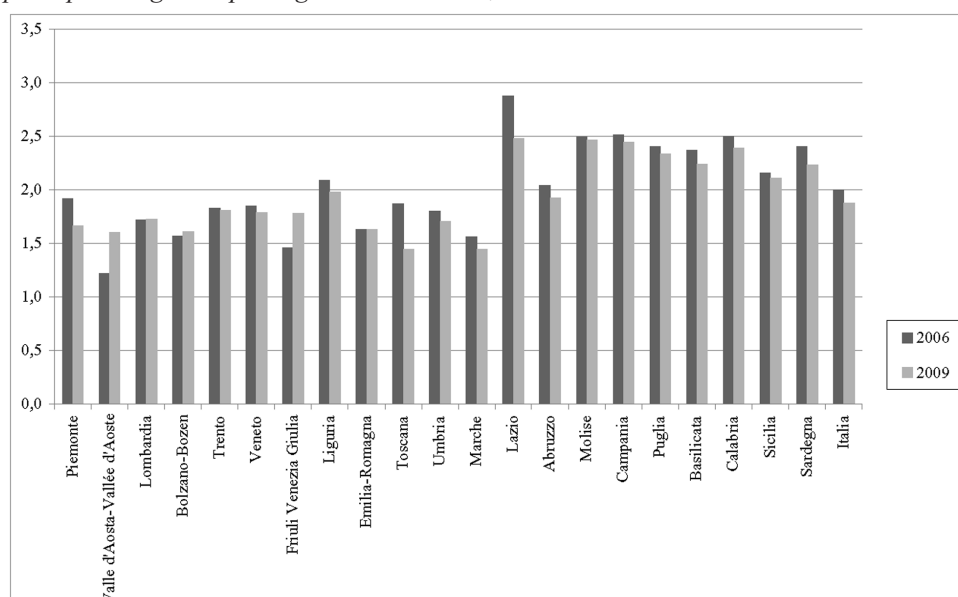
Dalla lettura dei dati si evidenzia che le regioni che presentano una DMPO più elevata hanno, tendenzialmente, un *gap* uomini-donne più marcato.

**Tabella 1** - Degenza Media PreOperatoria standardizzata per case mix in regime di RO per acuti, per tutte le procedure principali eseguite e per regione - Anni 2006, 2009

Regioni	2006	2009
Piemonte	1,92	1,66
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,22	1,61
Lombardia	1,72	1,73
Bolzano-Bozen	1,57	1,61
Trento	1,83	1,81
Veneto	1,85	1,79
Friuli Venezia Giulia	1,46	1,78
Liguria	2,09	1,98
Emilia-Romagna	1,63	1,63
Toscana	1,87	1,45
Umbria	1,80	1,71
Marche	1,56	1,44
Lazio	2,88	2,48
Abruzzo	2,04	1,93
Molise	2,49	2,47
Campania	2,51	2,44
Puglia	2,40	2,34
Basilicata	2,37	2,24
Calabria	2,50	2,39
Sicilia	2,16	2,11
Sardegna	2,40	2,23
<b>Italia</b>	<b>2,00</b>	<b>1,88</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

**Grafico 1** - Degenza Media PreOperatoria standardizzata per case mix in regime di RO per acuti, per tutte le procedure principali eseguite e per regione - Anni 2006, 2009

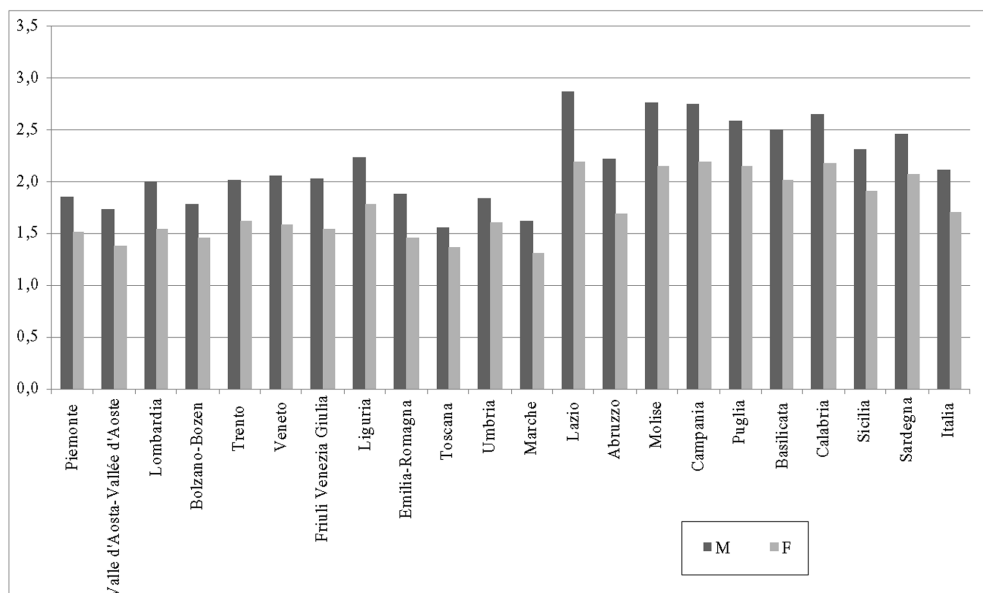


Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

**Tabella 2** - Degenza Media PreOperatoria standardizzata per case mix in regime di RO per acuti, per tutte le procedure principali eseguite, per genere e regione - Anno 2009

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	1,86	1,52
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,74	1,38
Lombardia	2,00	1,55
Bolzano-Bozen	1,78	1,46
Trento	2,02	1,61
Veneto	2,06	1,59
Friuli Venezia Giulia	2,03	1,54
Liguria	2,24	1,78
Emilia-Romagna	1,88	1,45
Toscana	1,55	1,36
Umbria	1,84	1,60
Marche	1,61	1,31
Lazio	2,87	2,19
Abruzzo	2,22	1,69
Molise	2,76	2,15
Campania	2,75	2,19
Puglia	2,59	2,15
Basilicata	2,51	2,01
Calabria	2,65	2,17
Sicilia	2,31	1,91
Sardegna	2,46	2,07
<b>Italia</b>	<b>2,12</b>	<b>1,70</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

**Grafico 2** - Degenza Media PreOperatoria standardizzata per case mix in regime di RO per acuti, per tutte le procedure principali eseguite, per genere e regione - Anno 2009

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

### Raccomandazioni di Osservasalute

I dati della DMPO presentati riguardano sia i ricoveri programmati che quelli urgenti. I dati rilevati confermano l'efficacia delle misure adottate in alcune regioni, in particolare quelle del Nord, per riorganizzare i percorsi assistenziali ospedalieri e, nel contempo, per migliorare l'accessibilità ai servizi diagnostici extraospedalieri in funzione dell'appropriatezza d'uso dell'ospedale. Si evidenziano, inoltre, 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. 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. I dati

rilevati dimostrano che è possibile migliorare sensibilmente la gestione preoperatoria del paziente, con l'obiettivo di aumentare l'efficienza complessiva del percorso chirurgico. Un'attenzione in tal senso andrebbe, comunque, a vantaggio anche del gradimento, dell'efficacia, della sicurezza e degli 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 queste considerazioni dovrebbero spingere tutte le regioni a monitorare con attenzione il fenomeno, anche allo scopo di definire soglie massime della DMPO per i più frequenti DRG chirurgici. Resta da indagare il motivo della marcata differenza della DMPO tra il genere femminile ed il genere maschile ed, in particolare, se queste differenze persistono per la stessa tipologia di intervento.

#### **Riferimenti bibliografici**

(1) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le PA di Trento e Bolzano. Allegato 3 del Patto per la Salute 2010-2012, Provvedimento del 3 Dicembre 2009. Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010.

## 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 peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. 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 due 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 considerato come uno dei principali indicatori *proxy* della qualità 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 complessive sugli esiti clinici.

La percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro le 48 ore dal ricovero per pazienti con età >65 anni viene monitorata, a livello internazionale, dall'*Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD). Tale monitoraggio mostra che in Paesi come la Norvegia, la Svezia e la Finlandia, tra il 2004 ed 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). A livello nazionale l'indicatore, senza la variabile relativa all'età, è tra quelli inseriti nel *set* di indicatori di appropriatezza di cui all'allegato 2 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 del dicembre 2009.

### 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 (48 ore) 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 di età >65 anni con frattura del collo del femore. È opportuno sottolineare che una quota variabile 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. 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.

A differenza dell'indicatore dell'OECD, nella nostra rilevazione il numeratore dell'indicatore è rappresentato dagli interventi eseguiti entro 2 giorni e non entro 48 ore perché le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) da cui sono stati ricavati i dati non rilevano l'informazione legata alle ore, bensì alle giornate di attesa per l'intervento.

**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 di operare entro 1 giorno dall'ammissione il 93,0% dei pazienti ricoverati per frattura del collo del femore (5). L'allegato 2 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 prevede come benchmark il valore medio registrato nelle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza. In questa sede, vista la situazione italiana decisamente lontana dagli obiettivi indicati dalla letteratura scientifica, proponiamo come valore di riferimento la media dei valori delle 3 regioni che presentano le migliori *performance*.

### Descrizione dei risultati

Il fenomeno viene registrato attraverso l'andamento regionale dell'indicatore nel periodo 2001-2009. In Italia (Tabella 1 e Grafico 1), la percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni, per pazienti con età >65 anni, nel 2009 è uguale al 33,6%. Il valore dell'indicatore presenta una marcata variabilità regionale che va dall'82,8% della

PA di Bolzano al 15,8% della Campania.

Le regioni che presentano valori al di sotto del dato nazionale sono il Piemonte, la PA di Trento, l'Umbria, il Lazio e tutte le regioni meridionali, ad eccezione dell'Abruzzo. Oltre alla PA di Bolzano, altre 2 regioni hanno valori superiori al 50,0% (Marche e Toscana).

Dal 2001 al 2009 si è registrato un incremento (dal 31,2% al 33,6%). Nel periodo considerato solo poche regioni hanno modificato nella sostanza la loro *performance*. La percentuale di interventi eseguiti entro 2 giorni dal ricovero ha registrato un sensibile aumento in Valle d'Aosta, Liguria, Toscana e Marche, mentre in Emilia-Romagna e Lazio l'aumento è stato meno

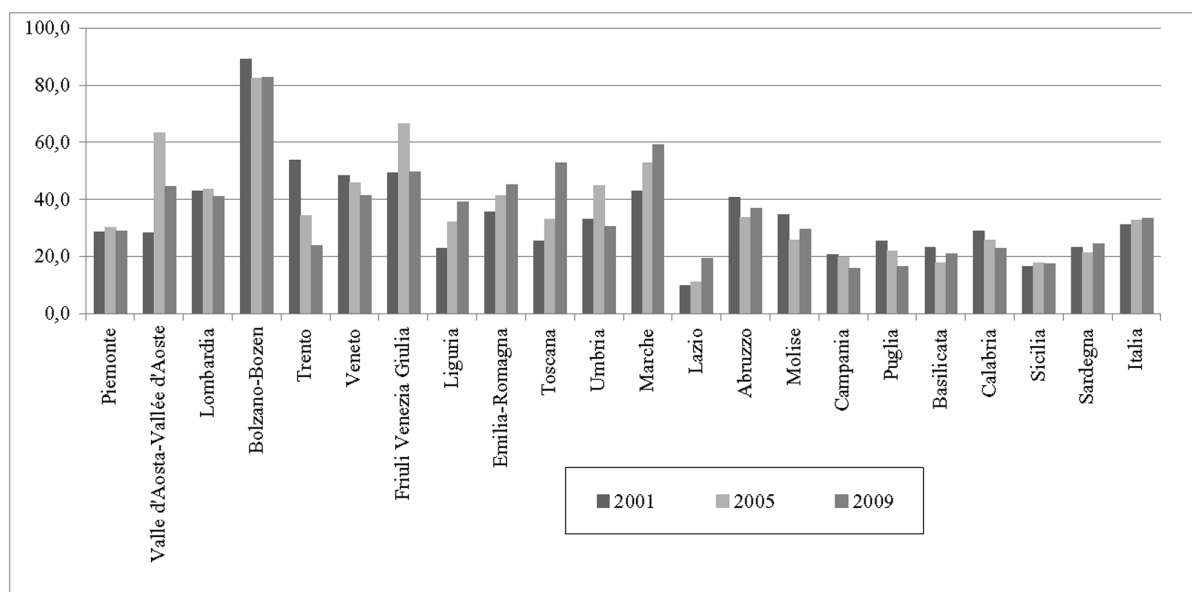
marcato. In alcune regioni (Puglia, Basilicata, Calabria, Campania e Molise), che nel 2001 presentavano una percentuale già inferiore al valore nazionale, si è verificata nel periodo un'ulteriore sensibile riduzione. Importanti riduzioni hanno interessato anche la PA di Trento, la PA di Bolzano, il Veneto, l'Umbria e l'Abruzzo che, comunque, presentavano situazioni di partenza molto migliori o almeno superiori al dato 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%), mentre si è fortemente ridotto, pur rimanendo al di sopra di quello nazionale, tra il 2008 ed il 2009.

**Tabella 1** - Percentuale di pazienti operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2001-2009

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Piemonte	28,5	28,1	32,1	31,3	30,2	30,7	30,4	29,3	29,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	28,3	36,4	63,2	56,9	63,4	70,9	70,6	65,4	44,6
Lombardia	43,1	43,3	43,3	45,0	43,7	40,8	41,4	41,6	41,2
Bolzano-Bozen	89,2	88,2	86,2	82,5	82,4	79,6	81,7	81,7	82,8
Trento	53,9	56,7	50,8	41,4	34,4	27,6	27,4	26,9	24,0
Veneto	48,4	43,6	48,2	48,3	45,8	42,9	41,0	39,8	41,2
Friuli Venezia Giulia	49,4	51,3	56,6	59,7	66,6	62,7	62,4	53,8	49,7
Liguria	23,0	22,8	22,1	31,2	32,0	36,2	31,4	31,4	39,3
Emilia-Romagna	35,5	35,3	36,2	36,8	41,5	41,9	42,6	42,4	45,2
Toscana	25,3	29,5	34,1	34,2	33,1	32,7	37,4	46,4	53,0
Umbria	33,1	28,7	30,0	34,8	44,9	41,7	33,0	30,9	30,6
Marche	42,8	44,4	46,3	48,1	52,9	52,0	52,5	57,2	59,4
Lazio	9,9	10,4	13,4	12,7	11,0	11,8	14,7	16,9	19,3
Abruzzo	40,8	36,9	37,9	33,8	33,6	35,8	34,8	34,9	36,8
Molise	34,8	27,0	28,1	32,5	25,7	27,2	24,3	31,8	29,7
Campania	20,6	21,9	21,5	19,9	19,7	19,5	17,9	17,0	15,8
Puglia	25,4	27,5	25,0	22,1	22,0	21,1	17,7	17,1	16,5
Basilicata	23,1	20,1	15,5	19,7	17,7	16,6	18,1	16,9	21,0
Calabria	29,0	26,5	27,1	26,2	25,8	23,6	20,6	21,7	22,8
Sicilia	16,5	17,3	16,9	17,2	17,7	19,2	18,7	17,6	17,5
Sardegna	23,2	18,6	18,8	13,7	21,4	21,7	25,6	25,5	24,4
<b>Italia</b>	<b>31,2</b>	<b>31,0</b>	<b>32,4</b>	<b>32,5</b>	<b>32,8</b>	<b>32,2</b>	<b>32,1</b>	<b>32,5</b>	<b>33,6</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

**Grafico 1** - Percentuale di pazienti operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2001, 2005, 2009



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

### 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 età >65 anni registra valori ancora piuttosto bassi e, purtroppo, in misura stabile 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 riguardano, pertanto, sia l'ambito clinico che quello

organizzativo. Si può prevedere, come è già accaduto in alcune realtà italiane, la definizione e l'adozione di un percorso per il paziente fratturato (percorso ortogeriatrico) che va dal primo soccorso alla riabilitazione e che prevede un approccio integrato e coordinato 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.
- (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 DRG medici definiti "ad alto rischio di inappropriatelyzza" se erogati in regime di degenza ordinaria. L'elenco aggiornato di tali DRG è contenuto nell'allegato B del Patto per la Salute 2010-2012, approvato il 3 dicembre 2009, ed è il risultato di un ampliamento della lista dei 43 DRG medici e chirurgici indicati nell'allegato B del DPCM 29 novembre 2001. Il Patto per la Salute presenta anche una lista di 24 prestazioni ad alto rischio di inappropriatelyzza se erogate in regime di Day Surgery e, quindi, da trasferire in regime ambulatoriale.

Il fenomeno da noi esaminato consente di monitorare genericamente la capacità delle regioni di recepire le indicazioni poste dalla programmazione del livello nazionale in ordine al trasferimento in DH, ovvero in regime ambulatoriale, dei DRG medici in esame, ma anche, ed in modo più specifico, il raggiungimento dei valori soglia delle percentuali di DH eventualmente

fissati in autonomia dalle singole regioni rispetto a tale obiettivo.

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

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

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Dimissioni ospedaliere in Day Hospital}^*}{\text{Dimissioni ospedaliere in regime di Ricovero Ordinario ed in Day Hospital}^*} \times 100$$

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

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

\*Per i DRG medici considerati.

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

**Validità e limiti.** È opportuno precisare che negli scorsi anni questo indicatore è stato trattato utilizzando la lista dei 26 DRG medici "potenzialmente inappropriati" contenuti nel DPCM del 2001. L'indicatore presentato in questo Capitolo di Osservasalute non è, pertanto, confrontabile con quello degli anni precedenti e nemmeno può rappresentare una presentazione dei risultati raggiunti a seguito delle indicazioni contenute nel Patto per la Salute 2010-2012 poiché le stesse sono state emanate solo sul finire del 2009, anno oggetto di analisi. Pertanto, anche se qualche regione aveva ampliato la vecchia lista di DRG già in anni precedenti l'emanazione del nuovo elenco, il presente indicatore fornisce una fotografia della situazione esistente prima del recepimento delle nuove indicazioni e, quindi, rappresenta, di fatto, una solida base di confronto per valutare, in futuro, l'efficacia dei provvedimenti

che saranno messi in atto nelle singole realtà regionali.

Occorre, inoltre, considerare che 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 per 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 inappropriatelyzza calcolati sui dimessi per regione di residenza relativamente al 2009. Una verifica effettuata negli anni precedenti sui dati complessivi ha permesso, infatti, di rilevare che le differenze esistenti tra le due modalità di analisi non sono sostanziali. Nell'interpretazione

dei risultati occorre, tuttavia, 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.

Come già anticipato, oltre ad illustrare la percentuale di utilizzo del DH del 2009 per i DRG medici “potenzialmente inappropriati”, sarà illustrato anche il confronto tra la percentuale di utilizzo del DH ed il tasso di ospedalizzazione complessivo rilevato nelle singole regioni per i DRG medici in esame. La percentuale di ricovero in DH consente di valutare il grado di appropriatezza del *setting* assistenziale, mentre il confronto con i rispettivi TSD è in grado di rendere evidente un eventuale eccesso di ospedalizzazione in presenza del quale anche una elevata percentuale di utilizzo del DH perderebbe significato riguardo l’obiettivo di fondo, posto dalle indicazioni normative, di contrastare il fenomeno dell’ospedalizzazione non appropriata, soprattutto attraverso il potenziamento delle attività ambulatoriali e/o di DS.

**Valore di riferimento/Benchmark.** L’allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 prevede per questo indicatore uno standard pari al valore medio delle regioni che garantiscano l’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza. In coerenza con la normativa di riferimento, ma tenendo conto delle osservazioni di cui si è fatto cenno nel precedente paragrafo, riteniamo che un’elevata percentuale di DH debba rappresentare l’obiettivo a cui tendere, ma solo in presenza di un basso TSD per il complesso dei DRG medici oggetto di analisi. In ragione dell’interdipendenza dei due parametri si ipotizza, pertanto, un valore di riferimento ottimale caratterizzato da una percentuale di DH superiore e da un TSD inferiore ai rispettivi valori nazionali, o meglio ai rispettivi valori mediani.

### Descrizione dei risultati

L’analisi della percentuale di ricoveri in DH per i DRG medici a rischio di inappropriatazza per l’anno 2009 indica rilevanti differenze tra le regioni. A livello nazionale si registra un valore percentuale del 47,2% con il valore massimo registrato in Liguria (64,9%) e quello minimo registrato in Veneto (32,5%) (Tabella 1 e Grafico 1).

A differenza di altri indicatori di appropriatezza dell’assistenza ospedaliera, le differenze rilevate per questo singolo indicatore non presentano un evidente trend geografico tra Nord e Sud. Infatti, sebbene ci si dovrebbe aspettare che le regioni più attente nel perseguire l’obiettivo dell’appropriatezza dei ricoveri, tradizionalmente quelle del Centro-Nord, presentassero elevati valori di utilizzo del DH, l’aumentato uti-

lizzo del settore ambulatoriale ed una estesa attivazione dei DS da parte di alcune di queste regioni determina quadri di utilizzo dei diversi *setting* molto differenziati.

L’esame del TSD per i DRG medici considerati consente di aggiungere ulteriori elementi di analisi e di interpretare in maniera più compiuta il fenomeno. In particolare, è opportuno puntualizzare che per un’ottimale gestione del fenomeno dei ricoveri inappropriati il trasferimento in DH di una quota di RO a rischio di inappropriatazza dovrebbe essere attuato in un contesto in cui anche il TSD complessivo (in RO e DH) per questi DRG risulta non particolarmente elevato, ovvero inferiore alla media, in funzione del ricorso a forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero.

A tale riguardo l’analisi della Tabella 2 mostra che a livello nazionale il TSD del 2009 per i DRG medici a rischio di inappropriatazza risulta pari a 39,5 ricoveri per 1.000 abitanti, con un *range* di valori molto ampio compreso tra il 22,2 (per 1.000) del Veneto ed il 67,3 (per 1.000) della Campania. In questo caso la rilevante variabilità regionale è caratterizzata da una marcata variabilità geografica in quanto, ad eccezione del Lazio e della Liguria, le regioni del Centro e del Nord presentano TSD per i DRG in esame molto inferiori a quello nazionale, mentre tutte le regioni meridionali ed insulari mostrano una distribuzione di segno opposto, con le uniche eccezioni della Basilicata per le ospedalizzazioni in RO e della Puglia e dell’Abruzzo per il DH.

Un ulteriore contributo alla valutazione del fenomeno ed alla corretta comprensione della situazione esistente nelle diverse realtà regionali viene fornito dall’analisi congiunta e dal confronto dei due indicatori analizzati singolarmente in precedenza.

Considerando come valori di riferimento il valore mediano della percentuale di ricoveri effettuata in DH e dei TSD ospedalieri per i DRG medici a rischio di inappropriatazza, è possibile riportare su un grafico a quattro quadranti i valori degli indicatori rilevati nelle diverse realtà regionali. Il grafico fornisce quattro 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 alla mediana (ad eccezione del Molise che presenta una percentuale uguale) esprimono situazioni in controtendenza rispetto alle indicazioni normative.

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 diagnosti-



ci ed assistenziali distrettuali. In questa situazione si trovano 4 regioni (Puglia, Sardegna, Abruzzo e Calabria);

2. le 5 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, soprattutto diurno, che potrebbe denotare una scarsa offerta e/o accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali. Lazio, Liguria, Campania, Basilicata 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 inferiori 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 inappropriata ed un ampio utilizzo del DH e dei servizi extradegenza, il Piemonte, la Valle d'Aosta e la Toscana;

4. le regioni che presentano un TSD ed una percentuale di DH inferiore alla mediana (ad eccezione della

Lombardia che presenta una percentuale pari alla mediana) dimostrano come sia possibile adottare efficaci politiche di contrasto del fenomeno dell'inappropriatezza 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, Marche e PA di Bolzano, che si posiziona sul valore mediano del TSD) 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, come ad esempio l'attivazione di DS e/o la definizione di pacchetti di prestazioni ambulatoriali. È evidente che in queste realtà l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione per i DRG medici a rischio di inappropriata 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.

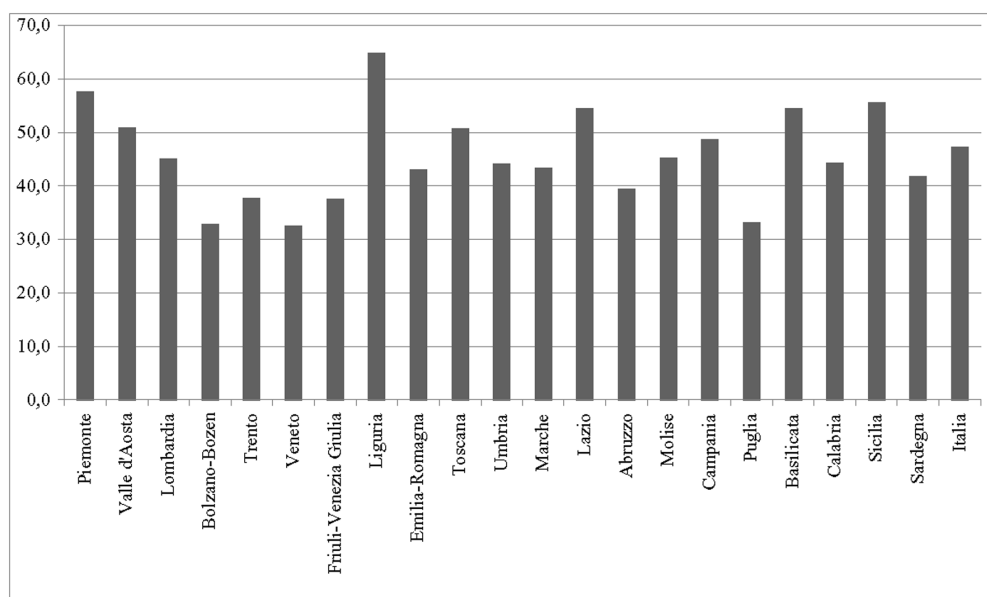
Purtroppo, le lacune informative ancora esistenti riguardo alla rilevazione delle attività ambulatoriali, costituiscono un limite per un'oggettiva ed esaustiva valutazione delle azioni rivolte in questa direzione.

**Tabella 1** - Percentuale di utilizzo del DH per DRG medici a rischio di inappropriata per regione - Anno 2009

Regioni	%
Piemonte	57,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	50,9
Lombardia	45,2
Bolzano-Bozen	32,8
Trento	37,8
Veneto	32,5
Friuli Venezia Giulia	37,6
Liguria	64,9
Emilia-Romagna	43,1
Toscana	50,7
Umbria	44,2
Marche	43,3
Lazio	54,6
Abruzzo	39,5
Molise	45,2
Campania	48,7
Puglia	33,1
Basilicata	54,6
Calabria	44,3
Sicilia	55,6
Sardegna	41,8
<b>Italia</b>	<b>47,2</b>

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2011.

**Grafico 1** - Percentuale di utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inappropriately per regione - Anno 2009



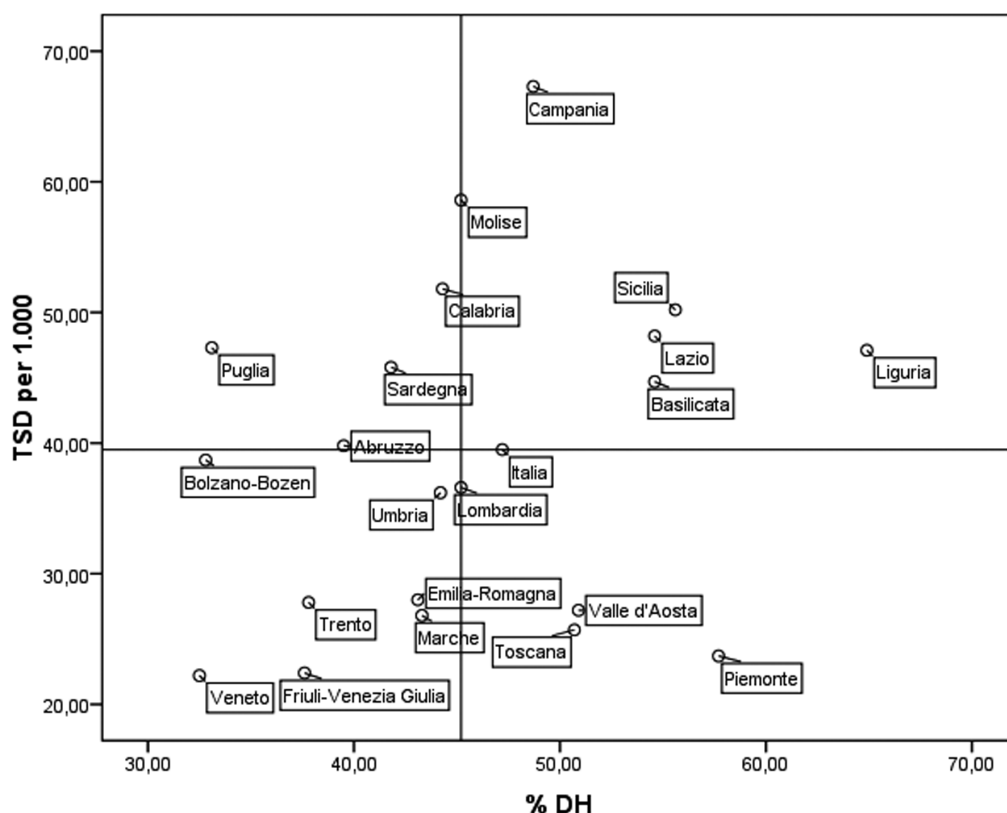
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2011.

**Tabella 2** - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici a rischio di inappropriately per regime di ricovero e regione - Anno 2009

Regioni	RO	DH	Totale
Piemonte	10,1	13,6	23,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	13,5	13,7	27,2
Lombardia	20,1	16,5	36,6
Bolzano-Bozen	26,0	12,6	38,7
Trento	17,2	10,6	27,8
Veneto	14,9	7,2	22,2
Friuli Venezia Giulia	13,5	8,9	22,4
Liguria	16,2	31,0	47,1
Emilia-Romagna	15,7	12,3	28,0
Toscana	12,4	13,4	25,7
Umbria	19,8	16,4	36,2
Marche	15,0	11,8	26,8
Lazio	21,7	26,5	48,2
Abruzzo	23,8	16,0	39,8
Molise	31,5	27,1	58,6
Campania	34,8	32,6	67,3
Puglia	31,6	15,7	47,3
Basilicata	20,1	24,6	44,7
Calabria	28,7	23,1	51,8
Sicilia	22,1	28,1	50,2
Sardegna	26,7	19,1	45,8
<b>Italia</b>	<b>20,7</b>	<b>18,8</b>	<b>39,5</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2011.

**Grafico 2** - Percentuale di utilizzo del Day Hospital e tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per i DRG medici a rischio di inappropriatezza per regione - Anno 2009



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2011.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Dopo l'emanazione del DPCM del 29 novembre 2001, tutte le regioni hanno messo in campo azioni per migliorare l'appropriatezza d'uso delle strutture di ricovero definendo obiettivi coerenti con le indicazioni normative del livello centrale ed allo stesso tempo compatibili con il proprio contesto organizzativo di riferimento. Quasi tutte le regioni hanno definito i valori soglia di ammissibilità dei RO per i 26 DRG medici che l'allegato 2C considerava "ad alto rischio d'inappropriatezza", in alcuni casi estendendo il campo dei DRG monitorati.

Le politiche attuate hanno permesso di conseguire un generale miglioramento dell'appropriatezza d'uso delle strutture di ricovero, sebbene con notevoli differenze tra il Nord ed il Sud del Paese (Rapporto Osservasalute 2010). I nuovi obiettivi posti dal Patto per la Salute 2010-2012, che ha ampliato sensibilmente il set dei DRG "potenzialmente inappropriati" se erogati in regime di RO, impongono di promuovere ulteriori strategie di intervento ed azioni in grado sia di estendere i risultati conseguiti al nuovo set di DRG individuati, sia di superare le inerzie registrate in alcune aree del Paese.

Gli interventi da attuare sono riconducibili ad alcune fondamentali categorie: gli abbattimenti tariffari dei

DRG in elenco, l'adozione di cogenti sistemi di controllo esterno, la ridefinizione da parte delle singole regioni delle soglie di ammissibilità in RO e l'eventuale disincentivazione economica degli erogatori in caso di superamento delle stesse, il potenziamento dei servizi del livello distrettuale, la definizione e lo sviluppo di percorsi per trasferire attività e prestazioni specialistiche complesse tipiche dei DRG considerati in un contesto di extradegenza ospedaliera (ambulatorio, DS). A tale riguardo lo stesso dispositivo del Patto per la Salute stabilisce che "...nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le Regioni e le Province Autonome provvedono a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari ed adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale".

Occorre, peraltro, continuare a promuovere azioni mirate alla generale riduzione dei ricoveri ospedalieri agendo sia sul fronte della regolazione della domanda, sia sulla struttura dell'offerta. Le regioni che hanno agito in tal senso, e che oggi registrano TSD molto bassi, hanno aperto un nuovo fronte che pone al centro dei percorsi diagnostici e terapeutici anche la scelta del setting clinico-assistenziale più appropriato in

relazione alla complessità delle prestazioni da erogare. Tali evidenze ed il quadro emerso dall'analisi della odierna situazione suggeriscono l'utilità di rimodulare le ipotesi di analisi e di programmazione. In termini di analisi, oltre ai parametri studiati, per rendere più robuste le valutazioni a livello delle singole regioni, sarebbe opportuno, ad esempio, 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 quantità e sulle tipologie di prestazioni specialistiche ambulatoriali che hanno dimostrato di avere un impatto positivo sul fronte dell'ap-

propriatezza 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, e che siano applicate nel loro complesso tutte le linee di programmazione sull'appropriatezza dell'ospedalizzazione stabilite nel Patto per la Salute 2010-2012.

#### **Riferimenti bibliografici**

(1) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le PA di Trento e Bolzano. Allegato B del Patto per la Salute 2010-2012. Provvedimento del 3 Dicembre 2009. Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010.

## Ospedalizzazione con DRG medici da reparti chirurgici

**Significato.** L'indicatore misura la quota di pazienti ricoverati e dimessi da un reparto chirurgico ospedaliero in cui si eseguono procedure diagnostiche e terapeutiche che non esitano in un intervento operatorio. Già previsto dal DM 12 dicembre 2001 intito-

lato "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", il suo impiego come indicatore di appropriatezza è stato confermato dal Patto per la Salute 2010-2012 (1).

### Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici

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

Dimissioni ospedaliere da reparti chirurgici con DRG medici  
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 extraospedalieri.

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, le possibili evoluzioni delle condizioni cliniche di alcuni pazienti potrebbero rendere non più necessario un intervento chirurgico precedentemente previsto. Peraltro, se l'indicatore è analizzato da solo, su singole UO chirurgiche e senza adeguata analisi del contesto clinico assistenziale, la valutazione e l'interpretazione dovrebbero richiedere opportune cautele.

Al contrario, l'indicatore è sufficientemente robusto quando si confrontano reparti della medesima disciplina inseriti in contesti ospedalieri omogenei per *mission* e dimensionamento. Nel nostro caso, 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 comunque tenere conto delle diverse variabili che possono condizionare il dato. Tra queste si devono considerare particolari situazioni organizzative, come nel caso di ospedali di piccole dimensioni in cui le attività dei Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione (DEA) 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 (PS), ovvero non sono stati definiti adeguati Percorsi Diagnostico Terapeutici per alcune patologie *borderline* tra competenze di tipo internistico e chirurgico

(ad 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.** L'allegato 2 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 prevede come benchmark il valore medio registrato nelle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza. In questa sede riteniamo che il valore medio delle 3 regioni con migliore *performance* possa 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 nazionale di dimissioni da reparti chirurgici con un DRG medico nell'anno 2009, è del 34,1%. Dal 2006, il valore nazionale ha subito una lieve, ma costante riduzione (37,0% nel 2006). Confrontando gli anni 2006 e 2009, 18 su 21 regioni hanno diminuito il valore dell'indicatore, tra queste, in modo più consistente, il Piemonte, la Toscana, l'Umbria e l'Abruzzo; 3 regioni presentano un incremento, lieve per quanto riguarda Molise e Valle d'Aosta, più marcato per quanto riguarda la Calabria. Il dato del 2009, 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 del dato nazionale tutte le regioni del Centro e del Nord, ad eccezione delle PA di Bolzano e Trento, della Valle d'Aosta e del Lazio. Tutte le regioni del Sud e le Isole presentano, senza eccezioni, valori al di sopra di quello nazionale. Le regioni con le percentuali più basse sono il Piemonte, che registra anche il valore minimo (24,5%), l'Emilia-Romagna (26,2%), le Marche (26,7%), il Friuli Venezia Giulia (28,3%) e la Lombardia (29,2%). Le

regioni dove si registrano i valori più alti sono, oltre alla Calabria che segna il valore massimo (51,4%), la

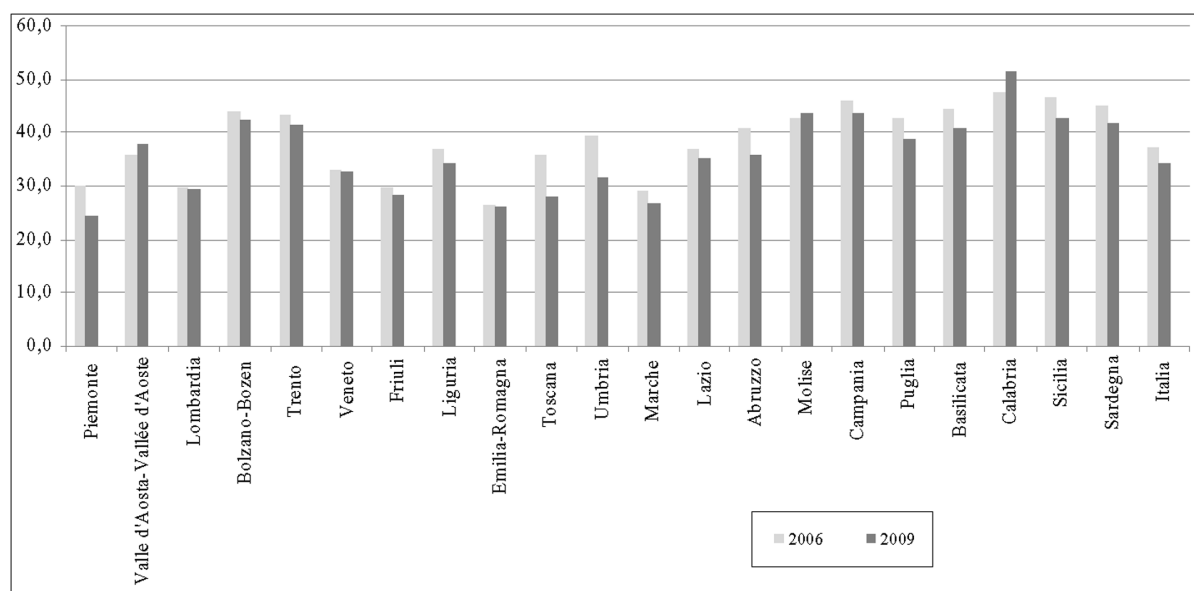
Campania (43,6%), il Molise (43,6%), la Sicilia (42,8%) e la PA di Bolzano (42,3%).

**Tabella 1** - Percentuale di dimissioni con DRG medici da reparti chirurgici per regione - Anni 2006-2009

Regioni	2006	2007	2008	2009
Piemonte	30,1	29,5	29,0	24,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	35,9	37,4	38,7	37,7
Lombardia	29,8	30,0	29,8	29,2
Bolzano-Bozen	44,1	45,0	43,7	42,3
Trento	43,4	41,2	41,9	41,5
Veneto	33,1	33,0	33,4	32,5
Friuli Venezia Giulia	29,7	29,3	29,2	28,3
Liguria	36,8	35,5	35,1	34,1
Emilia-Romagna	26,4	26,2	25,9	26,2
Toscana	35,8	35,4	34,2	28,2
Umbria	39,4	38,5	36,9	31,6
Marche	28,9	28,0	27,2	26,7
Lazio	36,8	37,4	36,5	35,1
Abruzzo	40,7	38,0	38,0	35,8
Molise	42,6	43,1	42,8	43,6
Campania	46,1	45,3	45,0	43,6
Puglia	42,7	40,9	39,9	38,9
Basilicata	44,3	42,8	43,1	40,6
Calabria	47,7	47,1	48,1	51,4
Sicilia	46,7	44,8	43,0	42,8
Sardegna	45,1	43,3	42,7	41,7
<b>Italia</b>	<b>37,0</b>	<b>36,3</b>	<b>35,7</b>	<b>34,1</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

**Grafico 1** - Percentuale di dimissioni con DRG medici da reparti chirurgici per regione - Anni 2006, 2009



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante una quota di dimissioni da reparto chirurgico con un DRG medico sia da considerare fisiologica a causa dei possibili cambiamenti delle condizioni cliniche durante la degenza, l'estrema variabilità

regionale dell'indicatore suggerisce che diversi interventi possono essere messi in atto per ridurre questo fenomeno, soprattutto nelle regioni in cui esso è più elevato, così come la sua marcata riduzione nella maggior parte delle realtà regionali conferma che tali inter-

venti sono risultati, ove applicati, efficaci. 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 situazione 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

DEA, alla qualificazione del Triage clinico ed all'istituzione di Unità di Osservazione Breve nei PS. 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.

#### **Riferimenti bibliografici**

(1) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le PA di Trento e Bolzano. Allegato 3 del Patto per la Salute 2010-2012. Provvedimento del 3 Dicembre 2009. Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010.