

Assistenza territoriale

A livello scientifico internazionale cresce l'accordo sul ruolo dell'Assistenza Primaria come elemento portante per lo sviluppo dei sistemi sanitari (1). Parallelamente, si assiste ad un aumento degli investimenti, delle raccomandazioni e delle riforme a sostegno di tale sviluppo sia da parte dei Governi che delle Agenzie internazionali come la *World Bank* e la *World Health Organization*. Come affrontato nelle precedenti Edizioni, e chiarito da un recente articolo di Barbara Starfield, l'Assistenza Primaria (*Primary Health Care-PhC*) non si esaurisce nella dimensione professionale ed organizzativa dell'erogazione dei servizi socio-sanitari, ma anche nella presentazione di obiettivi, metodi e strumenti di definizione ed attuazione di una *governance* di tutela della popolazione residente, in grado di creare le condizioni in cui i "primary care clinics" possono agire (1, 2). Le funzioni fondamentali nella PHC sono: l'accesso universale (*universal financial access*); l'equa distribuzione delle risorse sulla base dei bisogni di salute rappresentati nella comunità; l'eventuale compartecipazione alla spesa da parte del paziente proporzionata al suo livello socio-economico e la presenza di servizi che supportino e assistano il paziente rispondendo ai suoi bisogni non solo sanitari, ma anche sociali. A queste vanno aggiunte delle funzioni clinico-assistenziali, tra cui la gestione del primo contatto, l'assistenza continua nel tempo, centrata sulla persona e non solo sulla componente biomedica (*person focused over time*). Inoltre, i servizi di assistenza devono essere individualmente programmati ed essere, quindi, disponibili ed effettivamente erogati attraverso il coordinamento degli agenti di offerta, unitamente al trasferimento e successivo utilizzo delle informazioni cliniche (1).

Analizzando i modelli di Assistenza Primaria in atto nei diversi Paesi, è evidente come queste funzioni e la loro applicazione siano in larga parte associate al contesto (ad esempio, presenza di un sistema di *welfare*, *background* culturale, bisogni di salute e caratteristiche del sistema sanitario) (3).

Attualmente, a causa degli effetti della crisi economico-finanziaria in corso, stiamo assistendo ad una profonda trasformazione dei contesti in diversi Paesi europei. Numerosi studi dimostrano come tale condizione di instabilità economica impatti sullo stato di salute della popolazione, attraverso una serie di meccanismi. Agendo su alcuni dei determinanti di salute, quali lavoro, condizioni abitative, stili di vita ed alimentazione, si osserva un aumento delle disuguaglianze sociali tra gli individui, che in alcuni casi conduce ad un peggioramento delle condizioni di salute. È stato osservato, in numerosi Stati colpiti dalla povertà, un aumento nella prevalenza di patologie e di disturbi mentali, un raddoppiamento del tasso di suicidio ed un aumento delle condizioni patologiche legate all'abuso di alcool e droghe. Inoltre, è stata evidenziata una riduzione di abitudini di vita salubri come consumo di frutta verdura e fibre e attività sportiva (4, 5, 6). In generale, in tutti gli Stati colpiti dalla crisi si rileva un peggioramento della percezione dei pazienti del proprio stato di salute (5). A queste problematiche vanno sommate quelle legate alla transizione demografica sempre più marcata, che vede una riduzione ulteriore delle nascite e un parallelo aumento della componente anziana della popolazione (7), e la transizione epidemiologica che vede il primato incontrastato della patologia cronica, spesso multipla, rispetto alle condizioni di acuzie. Gli effetti di queste trasformazioni sulla quantità e sulla tipologia di servizi sanitari di cui la popolazione ha bisogno sono sostanziali e molto spesso conducono ad un aumento della richiesta di assistenza.

Nonostante le tipologie di risposta ad una crisi economico-finanziaria siano molteplici, molti Paesi stanno rispondendo con una riduzione e/o redistribuzione delle risorse disponibili, in alcuni casi portando ad una riduzione delle prestazioni rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale ed istituendo o implementando misure di compartecipazione della spesa da parte del cittadino (5). Queste misure spesso pesano soprattutto su coloro che appartengono già a fasce di popolazioni a rischio, ad esempio persone e famiglie con basso livello socio-economico o soggetti con disagio mentale che subiscono maggiormente la disoccupazione e l'effetto dei tagli ai finanziamenti (8).

Questo scenario si traduce, quindi, nella necessità di fornire un'assistenza sanitaria che sia in grado di intercettare i bisogni della popolazione assistita, senza tralasciare i soggetti più vulnerabili, in un contesto di riduzione dei finanziamenti dedicati (8). Numerose evidenze mostrano come sistemi sanitari fortemente orientati verso modelli di assistenza primaria siano in grado di migliorare lo stato di salute di tutta la popolazione, riducendo le disuguaglianze attraverso un'azione mirata sui determinanti di salute, con interventi pesati in relazione alle condizioni socio-economiche degli assistiti e tramite un'offerta di servizi adeguata ai bisogni rilevati. Tutto ciò richiede un rafforzamento della componente di *governance* pubblica, dotata degli strumenti necessari per la valutazione dei bisogni di salute della popolazione e per il monitoraggio ed il controllo degli interventi (1, 7, 9). Nella prospettiva di continuare a fornire logiche e strumenti per l'implementazione ed il mantenimento di tale sistema di assistenza primaria e per il monitoraggio dell'appropriatezza degli interventi e dello stato di salute della popolazione, vengono di seguito presentati alcuni *core indicator* che evidenziano tendenze di sviluppo in questo ambito.

Riferimenti bibliografici

- (1) Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gac Sanit* 2012, 26 (Suppl 1): 20-6.
- (2) Damiani G, et al. Assistenza Territoriale. Rapporto Osservasalute 2012. Milano: Edizioni Prex.
- (3) Kringos DS, Boerma WG et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract*. 2010. Oct 27; 11: 81.
- (4) Jackson Trevor. Health and the Economic crisis. *BMJ* 2013; 346: f4140.
- (5) Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013; 381: 1323.
- (6) de Belvis AG, Ferrè F, Specchia ML, Valerio L, Fattore G, Ricciardi W. The financial crisis in Italy: implications for the healthcare sector. *Health Policy*. 2012 Jun;106 (1): 10-6.
- (7) Notara V et al. Economic crisis and health. The role of health care professionals. *Health Science Journal* 2013. volume 7, issue 2.
- (8) World Health Organization. The financial crisis and global health. Report of a high-level consultation. Geneva: WHO; 2009.
- (9) Ortún Vicente Primary care at the crossroads. *Gac Sanit*. 2013; 27 (3): 193-195.

Assistenza Domiciliare Integrata

Significato. Le patologie cronic-degenerative nel nostro Paese rappresentano attualmente la prima causa di mortalità e di morbosità, in conseguenza della transizione demografica avvenuta nella seconda metà del XX secolo, che ha comportato un progressivo invecchiamento della popolazione legato al miglioramento delle condizioni socio-sanitarie.

Al 1 gennaio 2012, in Italia, gli ultra 65enni rappresentavano il 20,8% della popolazione, pari a circa 12 milioni di persone, e, secondo le previsioni, raggiungeranno nel 2043 il 32% (1).

L'Italia si colloca attualmente al secondo posto nella graduatoria dei 27 Paesi europei relativa al livello di invecchiamento della popolazione, misurato utilizzando l'indice di vecchiaia (rapporto percentuale tra la popolazione in età anziana - 65 anni ed oltre - e la popolazione in età giovanile - meno di 15 anni), con 147,2 anziani ogni 100 giovani (2).

L'invecchiamento della popolazione si accompagna tipicamente ad un'aumentata incidenza e prevalenza di condizioni croniche multiple, quali patologie cardiovascolari, bronco pneumopatie cronic-ostruttive, diabete, patologie neurodegenerative, tumori e problemi muscolo scheletrici, che impongono alla popolazione anziana un elevato *burden*, impattando pesantemente sia sulla qualità di vita dei pazienti sia sulla spesa sanitaria.

Secondo il Rapporto "Stato di salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana" del Ministero della Salute, la popolazione anziana oggi in Italia determina il 37% dei ricoveri ospedalieri ordinari e il 49% delle giornate di degenza e dei relativi costi stimati (3).

Tra le criticità tuttora presentate dal Servizio Sanitario Italiano, lo Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 evidenzia l'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri e degli accessi in Pronto Soccorso, dovuta all'organizzazione, ancora spesso insufficiente, del sistema delle cure primarie, dei servizi territoriali e dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) (4).

L'ADI, introdotta per la prima volta dal DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria", si configura come un'assistenza erogata a domicilio in base ad un piano assistenziale individuale attraverso la presa in carico multidisciplinare e multi professionale del paziente.

Negli anni, pur sviluppandosi in modo difforme nelle diverse realtà regionali, le cure domiciliari si sono progressivamente articolate e strutturate per far fronte alla sempre maggiore complessità dei bisogni assistenziali dei destinatari. In particolare, possono essere distinte forme di assistenza domiciliare prevalentemente orientate a fornire una appropriata risposta ai bisogni sociali ed altre di spiccata natura sanitaria (si pensi al campo delle cure palliative) o di tipo misto. Ad oggi sono, quindi, individuabili alcuni profili assistenziali che vanno da forme di assistenza domiciliare a carattere prestazionale (prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato effettuate sotto la guida del Medico di Medicina Generale) a livelli più complessi e multiformi di cura caratterizzati dalla presa in carico multidisciplinare del paziente e dalla formulazione di un Piano Assistenziale Individuale (cure domiciliari integrate, cure domiciliari palliative). In questa prospettiva, in particolare per i pazienti affetti da patologie cronic-degenerative, l'assistenza domiciliare può rappresentare una valida alternativa all'utilizzo inappropriato del ricovero ospedaliero, garantendo una maggiore qualità di vita del paziente e benefici economici rispetto a forme di ricovero extraospedaliero. In tale contesto l'ADI, nelle sue diverse forme, si pone come un ulteriore nodo integrativo nell'ambito delle cure primarie a sostegno dell'appropriatezza dell'intero sistema di assistenza socio-sanitaria.

Sul piano del governo clinico, una corretta impostazione dell'ADI deve garantire la presa in carico fondata su criteri di eleggibilità dei pazienti da assistere, la continuità assistenziale mediante una gestione coordinata nei piani di cura delle diverse prestazioni incluse nelle cure primarie e nell'assistenza specialistica e ospedaliera (dimissioni programmate, assistenza infermieristica, riabilitativa, prestazioni farmaceutiche e protesiche adeguate), la gestione integrata con le prestazioni di aiuto domiciliare da parte delle amministrazioni locali, la collaborazione tra diverse figure professionali, nonché la valutazione degli interventi realizzati e della relativa spesa (4). Nella presentazione degli indicatori viene utilizzato il termine "assistibili" in riferimento alla popolazione di età >65 anni in trattamento di assistenza domiciliare come previsto dal DM 5 dicembre 2006 (5).

Tasso di assistibili in Assistenza Domiciliare Integrata

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

Tasso di assistibili anziani in Assistenza Domiciliare Integrata

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

Tasso di assistibili in Assistenza Domiciliare Integrata in fase terminale

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

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

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

Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel corso del 2011, sono stati assistiti, complessivamente, al proprio domicilio 609.023 pazienti. Il tasso di assistibili in ADI è in continua crescita, attestandosi ad un valore pari a 1.005 casi (per 100.000), con un incremento dell'1,5% rispetto al 2010 (Grafico 1). Permane, dal confronto con gli anni precedenti, una notevole variabilità dell'indicatore a livello regionale: fatte salve la PA di Bolzano e la Valle d'Aosta che possiedono una regolamentazione autonoma dei modelli di assistenza domiciliare, si va da un tasso minimo di 480 assistibili in ADI (per

100.000) della Puglia ad un valore massimo di 2.613 (per 100.000) dell'Emilia-Romagna, cui seguono Umbria e Friuli Venezia Giulia (1.908 e 1.665 per 100.000, rispettivamente) (Tabella 1).

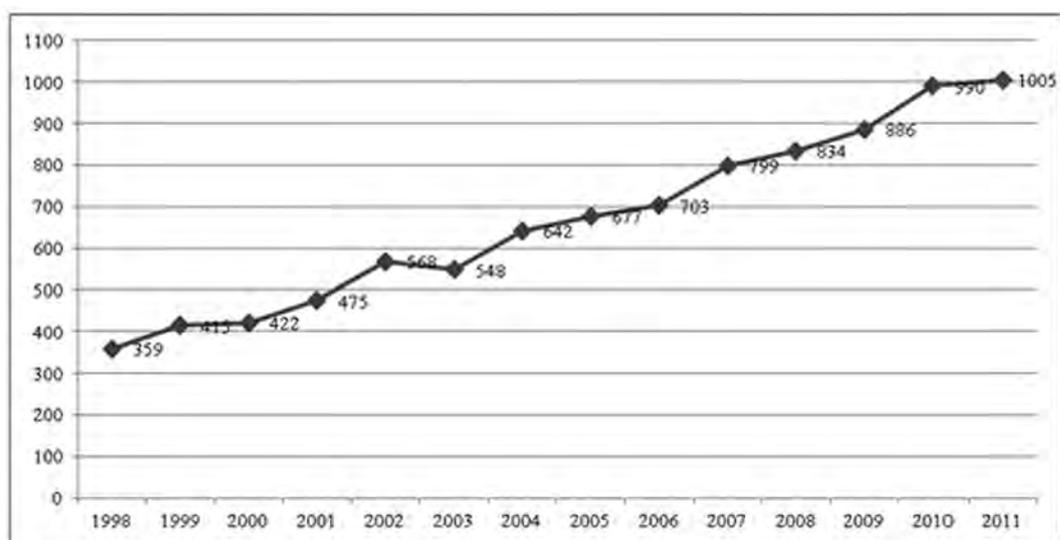
Lo stesso indicatore accorpato per macroaree evidenzia notevoli disomogeneità: le regioni settentrionali, pur registrando una leggera flessione rispetto all'anno precedente (-3,2%), presentano valori superiori rispetto alle regioni del Centro e del Sud (rispettivamente, 1.263, 1.071 e 624 per 100.000) (Grafico 2).

Globalmente, la percentuale di ADI erogata a soggetti anziani è stata pari all'83,3% del totale, valore pressoché invariato rispetto al 2010. Tra le regioni (escludendo la PA di Bolzano e la Valle d'Aosta), il Piemonte presenta il valore più basso (69%) di anziani assistiti in ADI, mentre la Liguria e l'Emilia-Romagna registrano i valori più elevati (rispettivamente 90,1% e 90,5%) (Tabella 1).

Una notevole variabilità è presente nel numero di anziani trattati in ADI riferito alla stessa popolazione anziana residente: parlando di soggetti di età >65 anni assistiti in ADI si passa, difatti, da 0,36% nella Valle d'Aosta a 10,62% in Emilia-Romagna.

Per quanto riguarda il numero di ADI rivolte ai pazienti terminali, si evidenzia come nelle regioni del Centro vi sia il tasso più elevato (120,5 per 100.000) rispetto al Nord ed al Sud (rispettivamente, 82,7 e 85,4 per 100.000) (Grafico 3).

Rispetto al 2010 tali valori risultano in aumento per le regioni del Nord e del Centro (rispettivamente +3,8% e +12,2%), mentre si registra una lieve flessione per le regioni del Sud (-2,6%).

Grafico 1 - Tasso (per 100.000) di assistibili trattati in Assistenza Domiciliare Integrata - Anni 1998-2011

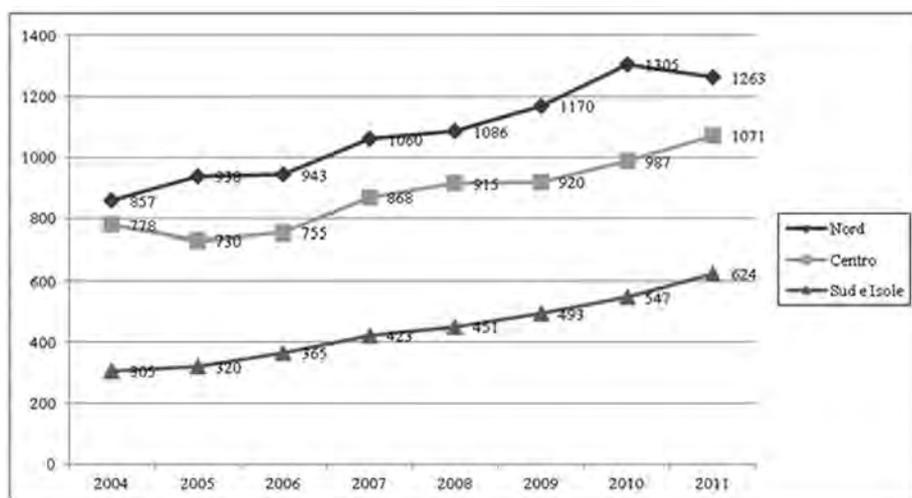
Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2013.

Tabella 1 - Assistibili (valori assoluti e tasso per 100.000) ed anziani (valori percentuali e tasso per 1.000) trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per regione - Anno 2011

Regioni	Assistibili	Anziani trattati	Tassi di assistibili	Tassi di anziani trattati
Piemonte	29.545	69,0	663	2,00
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	185	52,4	144	0,36
Lombardia	95.190	86,6	960	4,14
Bolzano-Bozen	725	51,7	143	0,41
Trento	5.227	70,6	987	3,62
Veneto	65.279	81,8	1.322	5,44
Friuli Venezia Giulia	20.573	84,9	1.665	6,03
Liguria	18.035	90,1	1.115	3,76
Emilia-Romagna	115.799	90,5	2.613	10,62
Toscana	28.054	73,6	748	2,36
Umbria	17.294	87,2	1.908	7,21
Marche	16.079	75,0	1.027	3,43
Lazio	66.649	84,9	1.163	4,98
Abruzzo	16.977	78,3	1.265	4,66
Molise	3.008	81,6	941	3,51
Campania	29.092	78,4	499	2,42
Puglia	19.636	77,0	480	2,0
Basilicata	7.895	88,7	1.344	5,91
Calabria	13.013	83,3	647	2,87
Sicilia	25.721	77,8	509	2,14
Sardegna	15.047	82,5	898	3,81
Italia	609.023	83,3	1.005	4,12

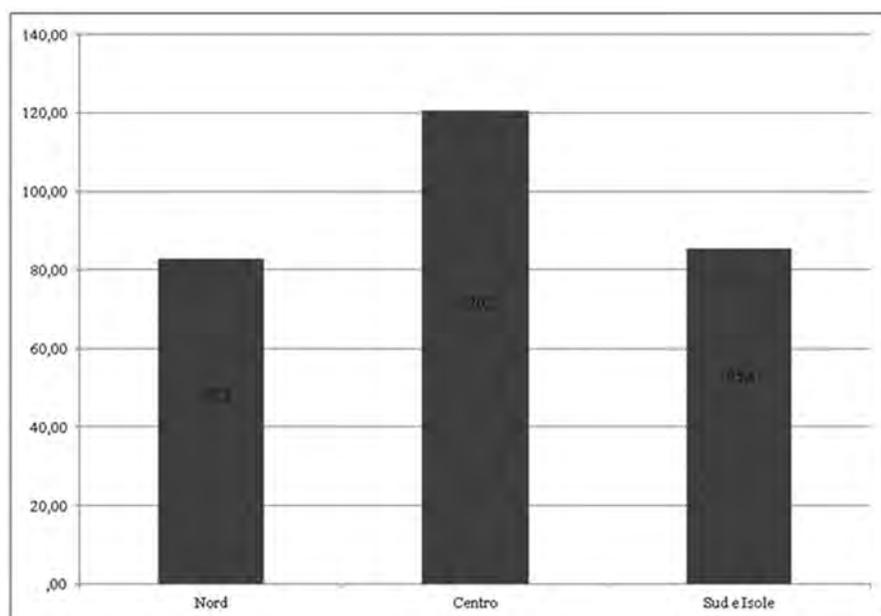
Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2013.

Grafico 2 - Tasso (per 100.000) di assistibili trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per macroarea - Anni 2004-2011



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2013.

Grafico 3 - Tasso (per 100.000) di assistibili in Assistenza Domiciliare Integrata per pazienti terminali per macroarea - Anno 2011



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei dati evidenzia anche per l'anno 2011 un incremento a livello nazionale dell'attività di ADI, che sembra confermare l'espansione nei modelli organizzativi sanitari delle cure primarie. Tale scelta risulta ormai "obbligatoria" per tutte le regioni che stanno tentando di offrire, per selezionate tipologie di pazienti affette da patologie cronic-degenerative, forme assistenziali alternative al ricovero ospedaliero, anche alla luce di quanto previsto dalla Legge n. 135/2012, la cosiddetta *Spending Review* della sanità (tasso di ospe-

dalizzazione complessivo pari a 160 per 1.000, durata media di degenza per i ricoveri ordinari <7 giorni, tasso occupazione dei posti letto di almeno il 90%).

Tuttavia, per la prima volta le regioni settentrionali, pur presentando i maggiori tassi di assistibili in ADI rispetto alle altre macroaree, vengono meno nel loro contributo all'aumento della diffusione dell'ADI, registrando una diminuzione del 3,32% che necessita, comunque, di trovare conferma negli anni a venire per eventuali valutazioni.

Le regioni meridionali, ad eccezione di Molise,

Sardegna, Abruzzo e Basilicata, non hanno ancora raggiunto il *target* previsto negli “Obiettivi di Servizio” del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013, che pone la quota di anziani beneficiari di assistenza domiciliare integrata pari a 3,5 anziani ogni 100 residenti di 65 anni ed oltre.

In tale scenario permane, quindi, una marcata disomogeneità inter-regionale della diffusione dell’ADI con un evidente gradiente Nord-Sud.

La mancanza, infine, di una comune definizione dell’ADI all’interno dei Livelli Essenziali di Assistenza e dell’avvio del nuovo flusso informativo, inficia significativamente la possibilità di un’esaustiva valutazione delle differenze rilevate.

Riferimenti bibliografici

- (1) Statistiche Demografiche Istat. Disponibile sul sito: <http://demo.istat.it/pop2012/index1.html>.
- (2) Istat. Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo. 2013. Disponibile sul sito: <http://noi-italia.istat.it/fileadmin/NoiItalia2013.pdf>.
- (3) Epicentro ISS Anziani. Disponibile sul sito: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/anziani/anziani.asp>.
- (4) Ministero della Salute. Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013. Disponibile sul sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1454_allegato.pdf.
- (5) Ministero della Salute. Assistenza Domiciliare agli anziani: ADI anno 2011 e trend 2009-2011. Disponibile sul sito: http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=8.

Posti letto residenziali di tipo socio-sanitario per anziani e per persone con disabilità

Significato. Le strutture residenziali di tipo socio-sanitario forniscono assistenza e cure mediche di lungo periodo a persone in condizione di non autosufficienza o con elevata necessità di tutela sanitaria. I servizi erogati includono sia prestazioni prettamente sanitarie (cure mediche e infermieristiche, trattamenti riabilitativi e somministrazioni di terapie) con diversi livelli d'intensità, sia prestazioni a carattere sociale, come ad esempio i servizi di cura alla persona (aiuti per il movimento, per l'alimentazione e per l'igiene personale).

La loro attività occupa un ruolo rilevante nell'ambito del processo di integrazione tra assistenza sanitaria e

assistenza sociale.

L'indicatore proposto permette di confrontare l'entità dell'offerta di residenzialità destinata agli anziani e alle persone con disabilità; i dati sono stati rilevati con l'Indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

Le strutture considerate sono quelle caratterizzate da una significativa componente sanitaria (presenza di almeno una figura che svolge attività di tipo socio-sanitario oltre al Medico di Medicina Generale) che forniscono, in prevalenza, ospitalità ad anziani e a persone con disabilità.

Tasso di posti letto per anziani e persone con disabilità

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

Posti letto per *target* di utenza
Popolazione media residente

Validità e limiti. L'indicatore è stato costruito per due diversi *target* d'utenza: anziani (persone di età >65 anni) e persone con disabilità (persone di età <65 anni con disabilità fisica, psichica, sensoriale o con problemi di salute mentale); l'assegnazione dei posti letto al *target* di utenza è stata effettuata sulla base delle prevalenze di assistiti dichiarate dalle strutture censite, pertanto non si esclude che i posti letto possano essere utilizzati anche per altre tipologie di utenti. I dati sulla base dei quali è stato costruito l'indicatore sono stati ponderati per tenere conto del numero di strutture che non hanno risposto alla rilevazione, circa il 25% dell'universo di riferimento. Al fine di valutare l'effetto sulla precisione dell'indicatore delle mancate risposte, è stato calcolato il coefficiente di variazione percentuale che rappresenta la quota percentuale dell'errore sulla stima puntuale.

Le strutture selezionate, pur caratterizzate da una rilevante componente sanitaria, possono ospitare anziani "autosufficienti", definiti tali in quanto non in possesso di valutazione multidimensionale da parte di un'équipe multidimensionale.

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

Descrizione dei risultati

In Italia, i posti letto destinati ad accogliere anziani e persone con disabilità sono, complessivamente, 288.715 pari a 486,1 per 100.000 abitanti. La parte più ampia dell'offerta è destinata ad accogliere anziani (416,3 per 100.000), quote residuali sono, invece, rivolte ad utenti con disabilità con età <65 anni (69,8 per 100.000). L'analisi territoriale evidenzia forti divari tra le ripartizioni, con un'offerta che si concentra soprattutto nelle regioni del Nord e subisce consistenti riduzioni nelle altre aree del Paese. I più alti livelli di offerta si registrano in Valle d'Aosta, in Piemonte e nelle PA di Trento e Bolzano (oltre 900 posti letto per 100.000); le regioni del Centro si collocano in una posizione intermedia, ad eccezione del Lazio dove si rilevano soltanto 233,4 posti letto (per 100.000); tra le regioni del Sud, la più bassa dotazione di posti letto si riscontra in Campania ed in Molise (rispettivamente, 112,8 e 92,1 per 100.000).

Per quanto riguarda gli anziani, il tasso più elevato si registra nella PA di Trento (859,1 posti letto per 100.000), mentre l'offerta più bassa si rileva in Campania e Molise, dove il livello dei tassi scende, rispettivamente, a 75,6 e 68,5 (per 100.000). La quota di posti letto dedicati alle persone con disabilità con età <65 anni raggiunge il livello massimo in Liguria (138,1 per 100.000), mentre i valori minimi si registrano in Abruzzo (28,7 per 100.000) e in Puglia (32,5 per 100.000).

Tabella 1 - Tasso (per 100.000) e coefficiente di variazione (per 100) di posti letto per disabili e anziani nelle strutture socio-sanitarie per regione - Anno 2011

Regioni	Disabili	Anziani	Totale	Coefficiente di Δ
Piemonte	78,5	842,6	921,1	1,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	118,5	830,8	949,3	0,0
Lombardia	86,7	599,6	686,2	1,3
Bolzano-Bozen	104,7	809,8	914,5	2,6
Trento	55,5	859,1	914,6	1,7
Veneto	107,7	632,4	740,1	1,6
Friuli Venezia Giulia	72,1	757,1	829,2	3,0
Liguria	138,1	673,9	812,0	3,5
Emilia-Romagna	78,7	722,1	800,8	1,7
Toscana	46,8	370,8	417,6	1,7
Umbria	70,0	279,1	349,1	0,0
Marche	70,2	438,3	508,5	1,3
Lazio	53,2	180,2	233,4	2,6
Abruzzo	28,7	188,5	217,1	8,4
Molise	-	68,5	92,1	17,0
Campania	37,1	75,6	112,8	5,5
Puglia	32,5	162,8	195,3	2,8
Basilicata	137,7	223,8	361,5	3,2
Calabria	54,1	97,1	151,2	9,2
Sicilia	70,5	155,4	226,0	3,8
Sardegna	81,8	218,9	300,7	3,1
Italia	69,8	416,3	486,1	0,7

- = non disponibile.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari". Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'attività delle strutture residenziali si inquadra nell'ambito dell'assistenza integrata di tipo sociale e sanitaria prevista dalla Legge n. 328 del 2000 che rappresenta una risposta mirata a bisogni di particolari gruppi di popolazione, come le persone con disabilità e anziani. È una tipologia di assistenza di lungo periodo che rappresenta una efficace alternativa ad una ospedalizzazione impropria e una soluzione palliativa alla mancanza di una rete di aiuti, formali e informali, che permetta di fornire al paziente un'assistenza più prossima ai suoi bisogni, come l'assistenza domiciliare.

È auspicabile, per l'immediato futuro, che si riducano i divari territoriali evidenziati dagli indicatori di offer-

ta e attività e, nel medio lungo termine, che si superi anche questa tipologia di assistenza residenziale a favore di forme di intervento che permettano al paziente di rimanere nel suo abituale ambito di vita.

Infatti, spesso molti utenti ospiti di queste strutture finiscono per essere vittime di un confinamento dalla società civile, perdendo qualsiasi possibilità di integrazione e di partecipazione sociale.

Riferimenti bibliografici

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

Ospiti anziani e con disabilità nei presidi residenziali

Significato. Nel nostro Paese la quota di anziani e di persone con disabilità continua ad aumentare come conseguenza dell'ormai consolidato processo d'invecchiamento che coinvolge tutti i Paesi occidentali.

La necessità di rispondere adeguatamente ad una crescente domanda di assistenza a lungo termine diventa uno dei principali obiettivi del nostro sistema di *welfare*, che deve trovare risposte appropriate disponendo di risorse finanziarie limitate.

Le soluzioni finora proposte mirano a favorire lo sviluppo di forme di assistenza domiciliare e ad incrementare l'assistenza residenziale nei casi in cui le cure a domicilio non risultino praticabili (per difficoltà della famiglia o per l'elevato livello assistenziale richiesto).

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

Le strutture considerate sono state quelle erogatrici di assistenza con una rilevante componente sanitaria, rilevate con l'"Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari" dell'Istituto Nazionale di Statistica. Pertanto, sono state selezionate le strutture residenziali caratterizzate dalla presenza di almeno una figura professionale, oltre al Medico di Medicina Generale, che svolga attività di tipo socio-sanitario.

Tasso di ospiti minori ed adulti con disabilità nei presidi residenziali

Numeratore	Ospiti minori ed adulti con disabilità nei presidi residenziali	
Denominatore	Popolazione media residente della stessa fascia di età	x 100.000

Tasso di ospiti anziani nei presidi residenziali

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

Validità e limiti. Gli indicatori calcolati mostrano una discreta variabilità regionale che può dipendere da diversi fattori, quali una diversa capacità di risposta a condizioni di bisogno, un diverso livello di offerta residenziale, cui può associarsi una diversa organizzazione della rete socio-assistenziale. Inoltre, gli indicatori non sono stati standardizzati per classi di età per cui i confronti regionali possono essere condizionati dalla diversa struttura per età nelle diverse fasce di popolazione considerate.

L'indagine condotta sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari ha fatto registrare un tasso di risposta pari al 75%. Al fine di tener conto delle mancate risposte e dell'effetto che queste hanno sulla precisione degli indicatori, è stato calcolato il coefficiente di variazione percentuale, che rappresenta la quota percentuale dell'errore sulla stima puntuale.

Le strutture selezionate, pur caratterizzate da una rilevante componente sanitaria, possono ospitare anziani "autosufficienti", definiti tali in quanto non in possesso di valutazione multidimensionale da parte di un'équipe multidimensionale.

Valore di riferimento/Benchmark. Difficoltoso risulta individuare un valore di riferimento, poiché la quota di soggetti istituzionalizzati dipende dal diverso livello di offerta residenziale presente sul territorio e

da una diversa organizzazione della rete socio-assistenziale.

Descrizione dei risultati

Gli anziani ospiti dei presidi residenziali sono, complessivamente, 243.960 e circa l'80% risulta in possesso di una certificazione che attesta la condizione di "non autosufficienza" (1.533 per 100.000).

Molti meno sono gli adulti e i minori con disabilità ospiti dei presidi, rispettivamente 42.306 (114,3 per 100.000) e 1.449 (14,5 per 100.000). In linea con il quadro d'offerta, il maggiore ricorso all'istituzionalizzazione si riscontra nelle regioni del Nord, soprattutto per gli anziani non autosufficienti, per i quali i tassi di ricovero più elevati si registrano nelle PA di Bolzano e Trento ed in Valle d'Aosta (rispettivamente, 4.246,5, 4.109,4 e 3.319,8 per 100.000).

Nel Sud, il tasso di ricovero si riduce considerevolmente e tocca i valori minimi in Campania e in Molise dove risultano ricoverati, rispettivamente, 134,5 e 125,5 anziani non autosufficienti (per 100.000), valori fortemente al di sotto del livello nazionale (1.533,4 per 100.000).

Risultati simili si ottengono dall'analisi degli indicatori riferiti agli ospiti adulti con disabilità: la Liguria, la PA di Bolzano ed il Piemonte fanno registrare il più alto tasso di ricovero (rispettivamente, 231,3, 159,9 e

159,4 ospiti adulti per 100.000), mentre le regioni del Sud vedono ridursi considerevolmente i livelli del tasso, ad eccezione della Basilicata dove risultano ricoverati 163,6 adulti con disabilità (per 100.000).

L'andamento regionale risulta confermato anche in

riferimento agli ospiti minori con disabilità, ma il gradiente Nord-Sud risulta meno marcato. Il tasso più elevato si registra nella PA di Bolzano (39,7 per 100.000), seguono Piemonte, Umbria e Veneto.

Tabella 1 - Tasso (per 100.000) e coefficiente di variazione (valori percentuali) di ospiti anziani autosufficienti e non autosufficienti, adulti e minori con disabilità assistiti nelle strutture socio-sanitarie per regione - Anno 2011

Regioni	Anziani		Anziani non autosufficienti*		Adulti disabili		Minori disabili	
	Tasso	Coefficiente di Δ %	Tasso	Coefficiente di Δ %	Tasso	Coefficiente di Δ %	Tasso	Coefficiente di Δ %
Piemonte	3.512,8	1,4	2.277,3	1,9	159,4	3,6	34,3	13,6
Valle d'Aosta	3.719,5	0,0	3.319,8	0,0	154,0	0,0	19,0	0,0
Lombardia	2.926,5	1,4	2.732,3	1,5	143,6	2,5	19,1	10,7
Bolzano-Bozen	4.516,3	3,1	4.246,5	3,2	159,9	5,8	39,7	12,6
Trento	4.402,5	1,8	4.109,4	1,9	140,3	3,1	22,0	8,2
Veneto	3.077,9	1,7	2.566,3	1,7	152,9	3,3	25,4	14,1
Friuli Venezia Giulia	3.207,4	3,2	2.612,8	3,9	141,0	4,7	5,4	19,7
Liguria	2.487,8	4,4	1.652,5	5,3	231,3	7,0	22,9	34,2
Emilia-Romagna	2.945,2	2,0	2.550,6	2,3	141,7	3,2	6,9	14,7
Toscana	1.522,5	1,9	1.170,8	2,2	91,6	4,1	7,2	14,4
Umbria	1.167,5	0,0	888,5	0,0	133,5	0,0	30,6	0,0
Marche	1.750,2	1,6	1.337,3	2,1	106,6	2,5	4,3	22,4
Lazio	851,9	2,7	416,5	4,5	86,6	5,4	6,6	19,5
Abruzzo	870,6	9,9	508,7	11,8	51,9	14,8	0,6	69,2
Molise	263,7	34,5	125,5	53,6	52,2	30,6	0,0	n.a.
Campania	427,6	6,8	134,5	10,2	51,4	13,8	8,7	36,7
Puglia	788,3	2,8	533,5	3,8	79,4	10,0	4,5	20,2
Basilicata	1.163,7	2,7	627,7	3,9	163,6	6,9	15,2	10,8
Calabria	595,1	10,3	398,1	14,3	54,0	20,7	1,2	44,9
Sicilia	808,8	5,0	407,5	6,3	101,3	7,5	21,0	48,8
Sardegna	1.157,8	3,3	641,8	4,3	98,8	5,1	11,0	20,4
Italia	1.972,1	0,3	1.533,4	1,0	114,3	1,6	14,5	7,0

*Gli anziani non autosufficienti sono definiti tali in seguito ad una valutazione multidimensionale da parte di un'équipe multidisciplinare.
n.a. = non applicabile.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari". Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'attività delle strutture residenziali si inquadra nell'ambito dell'assistenza integrata di tipo sociale e sanitaria prevista dalla Legge n. 328 del 2000 che rappresenta una risposta mirata a bisogni di particolari gruppi di popolazione, come le persone con disabilità e anziani. È una tipologia di assistenza di lungo periodo che rappresenta una efficace alternativa ad una ospedalizzazione impropria e una soluzione palliativa alla mancanza di una rete di aiuti, formali e informali, che permetta di fornire al paziente un'assistenza più prossima ai suoi bisogni, come l'assistenza domiciliare. È auspicabile, per l'immediato futuro, che si riducano i divari territoriali evidenziati dagli indicatori di offerta e attività e, nel medio lungo termine, che si superi

anche questa tipologia di assistenza residenziale a favore di forme di intervento che permettano al paziente di rimanere nel suo abituale ambito di vita. Infatti, spesso molti utenti ospiti di queste strutture finiscono per essere vittime di un confinamento dalla società civile, perdendo qualsiasi possibilità di integrazione e di partecipazione sociale.

Riferimenti bibliografici

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

Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per Asma in età pediatrica

Significato. L'asma è la più comune patologia cronica nei bambini ed è una delle cause più frequenti di ricovero ospedaliero. Anche per i bambini, indicatori relativi alle ospedalizzazioni evitabili per patologie croniche possono dare informazioni sulle modalità di gestione in altri *setting* assistenziali, definiti nella letteratura come *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (1, 2, 3, 4).

Numerosi studi mettono in evidenza che, sia a livello individuale che di comunità, i bambini ricoverati più spesso per asma tendono ad avere meno visite programmate a livello di assistenza territoriale e bassa aderenza alla terapia farmacologica, intesa come basso consumo di farmaci anti-asmatici (5). Inoltre, i tassi di ospedalizzazione per asma sono associati a fattori socio-economici (tassi più alti di ospedalizzazione

in aree metropolitane ad alta povertà e disoccupazione, con minoranze etniche).

Queste evidenze suggeriscono che una carente organizzazione dell'assistenza territoriale e la scarsa accessibilità alle cure possano essere responsabili di un aumentato ricorso alle cure ospedaliere (1, 5).

Su queste basi concettuali, come proposto dall'*Agency for Healthcare Research and Quality*, il tasso di ospedalizzazione per asma intende misurare la qualità dei servizi territoriali in termini di prevenzione, accesso alle cure e trattamento, presupponendo che, al migliorare di queste, diminuisca il ricorso al ricovero in ospedale. Recentemente l'indicatore è stato proposto nel Piano Nazionale Esiti con la granularità delle Aziende territoriali italiane.

Tasso di dimissioni ospedaliere per Asma*

Numeratore	Dimissioni ospedaliere per Asma di bambini 0-17 anni**	
		x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente 0-17 anni	

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

**Sono escluse dal numeratore le dimissioni afferenti all'MDC14 (gravidanza, parto e puerperio), i casi trasferiti da altro ospedale o da altra struttura sanitaria e i casi con codici di diagnosi per fibrosi cistica o altre anomalie del sistema respiratorio.

Validità e limiti. La stima dei ricoveri ospedalieri per asma in età pediatrica può rappresentare un indicatore valido e riproducibile dell'appropriatezza e dell'efficacia del processo di assistenza rivolto al bambino e per valutare indirettamente la qualità dell'organizzazione delle cure primarie pediatriche. Un limite alla validità dell'indicatore può essere rappresentato dalla completezza dei dati e qualità delle codifiche delle Schede di Dimissione Ospedaliera.

È stato costruito un *forest plot* dei tassi medi regionali standardizzati per età (popolazione 0-17 anni). Sono stati calcolati per il triennio 2010-2012 i tassi medi regionali di dimissioni ospedaliere per asma, suddivisi in 5 gruppi di età (0, 1-4, 5-9, 10-14 e 15-17 anni). Il rischio relativo di ricovero per asma è stato calcolato nei gruppi di età menzionati prendendo a riferimento la classe di età 15-17 anni. Sono stati costruiti i *forest plot* dei tassi medi regionali età-specifici ponendoli a confronto con il valore nazionale.

Valore di riferimento/Benchmark. Come riferimento, rispetto al quale operare confronti, si considera il tasso nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel Grafico 1 vengono mostrati i tassi standardizzati medi di periodo (2010-2012) a livello regionale.

Nei Grafici 2, 3, 4, 5 e 6 sono rappresentati i tassi regionali medi di periodo per ogni classe di età, confrontati con il valore nazionale della stessa classe.

Possiamo osservare che la Campania presenta il tasso di ospedalizzazione per asma più elevato per la fascia di età 0 anni, la Sicilia per la classe 1-4 anni, e la Liguria per le classi 5-9, 10-14 e 15-17 anni. In Sicilia si riscontrano tassi superiori alla media in tutte le classi di età, ad eccezione della classe 15-17 anni.

In sintesi, se i tassi regionali standardizzati per età mostrano, per alcune regioni, *performance* complessivamente peggiori del dato nazionale, quando si considera l'indicatore stratificato per età le *performance* regionali sono differenziate rispetto alla fascia di età considerata: la Liguria mostra risultati peggiori della media nazionale nelle fasce di età più grandi e la Sicilia risultati insoddisfacenti, in particolare per le fasce di età più giovani.

Il rischio di ricovero è significativamente più alto per i bambini al di sotto del primo anno di vita, così come per le classi di età 1-4, 5-9 e 10-14 anni rispetto alla classe di riferimento 15-17 anni. I rischi relativi sono riportati nella Tabella 2.

Tabella 1 - Tasso medio (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per asma per classe di età e regione - Anni 2010-2012

Regioni	0	1-4	5-9	10-14	15-17	Totale
Piemonte	1,73	0,93	0,29	0,12	0,07	0,43
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,63	0,40	0,28	0,23	0,00	0,33
Lombardia	2,75	2,44	0,57	0,22	0,12	0,97
Bolzano-Bozen	1,85	1,40	0,49	0,24	0,02	0,61
Trento	1,32	1,70	0,33	0,15	0,02	0,59
Veneto	0,80	0,63	0,21	0,12	0,06	0,29
Friuli Venezia Giulia	0,66	0,83	0,28	0,11	0,05	0,34
Liguria	1,88	1,68	0,80	0,33	0,22	0,82
Emilia-Romagna	1,55	1,38	0,41	0,16	0,09	0,59
Toscana	1,31	0,56	0,16	0,10	0,03	0,28
Umbria	3,26	1,81	0,49	0,15	0,13	0,80
Marche	2,13	1,29	0,41	0,13	0,07	0,57
Lazio	3,88	2,27	0,48	0,22	0,07	0,94
Abruzzo	2,93	1,90	0,43	0,15	0,08	0,74
Molise	1,39	1,12	0,39	0,16	0,04	0,45
Campania	5,30	1,93	0,48	0,16	0,08	0,85
Puglia	4,59	2,03	0,52	0,28	0,11	0,89
Basilicata	1,94	1,33	0,47	0,08	0,00	0,51
Calabria	3,52	1,60	0,41	0,28	0,11	0,72
Sicilia	4,85	3,08	0,79	0,28	0,08	1,20
Sardegna	2,70	2,16	0,58	0,25	0,10	0,85
Italia	2,94	1,79	0,47	0,19	0,09	0,76

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

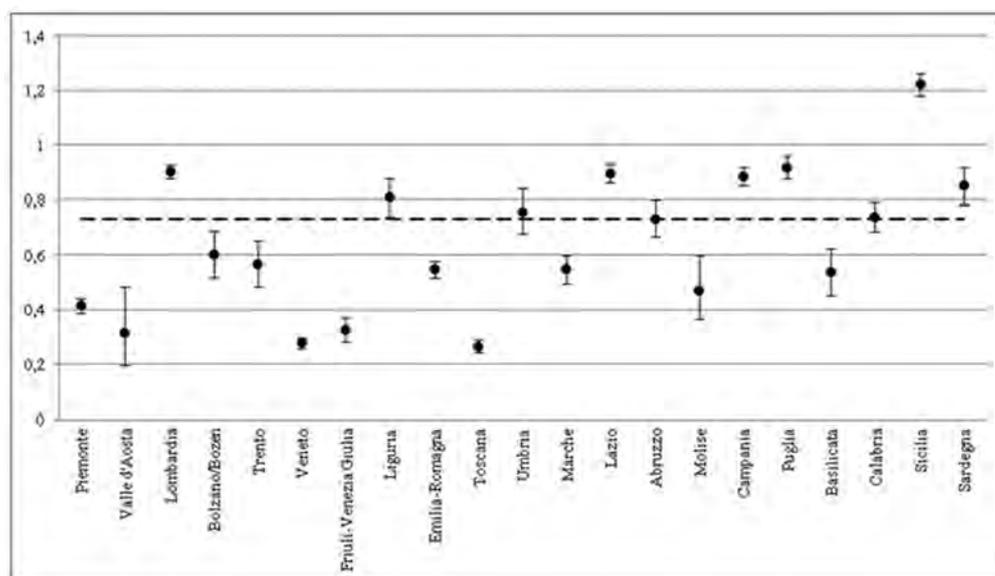
Tabella 2 - Rischio relativo di dimissioni ospedaliere per asma per classe di età pediatrica - Anni 2010-2012

Rischio relativo*	0	1-4	5-9	10-14
Italia	32,67	19,89	5,22	2,11

*La classe di riferimento è 15-17 anni.

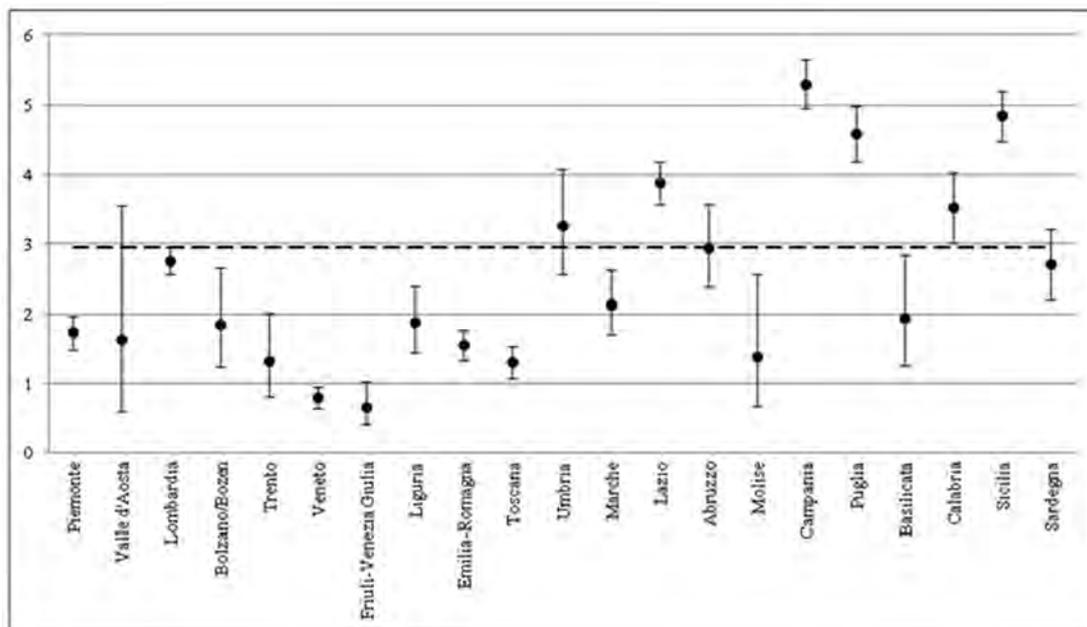
Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Grafico 1 - Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per asma in età pediatrica per regione - Anni 2010-2012

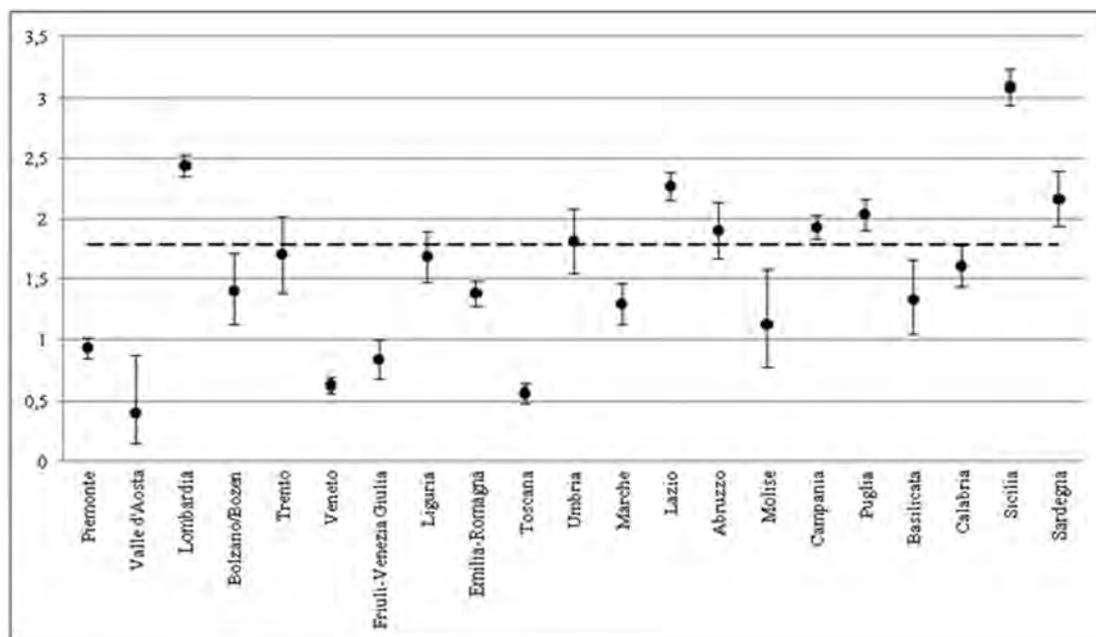
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Grafico 2 - Tasso medio (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per asma della classe di età 0 anni per regione - Anni 2010-2012



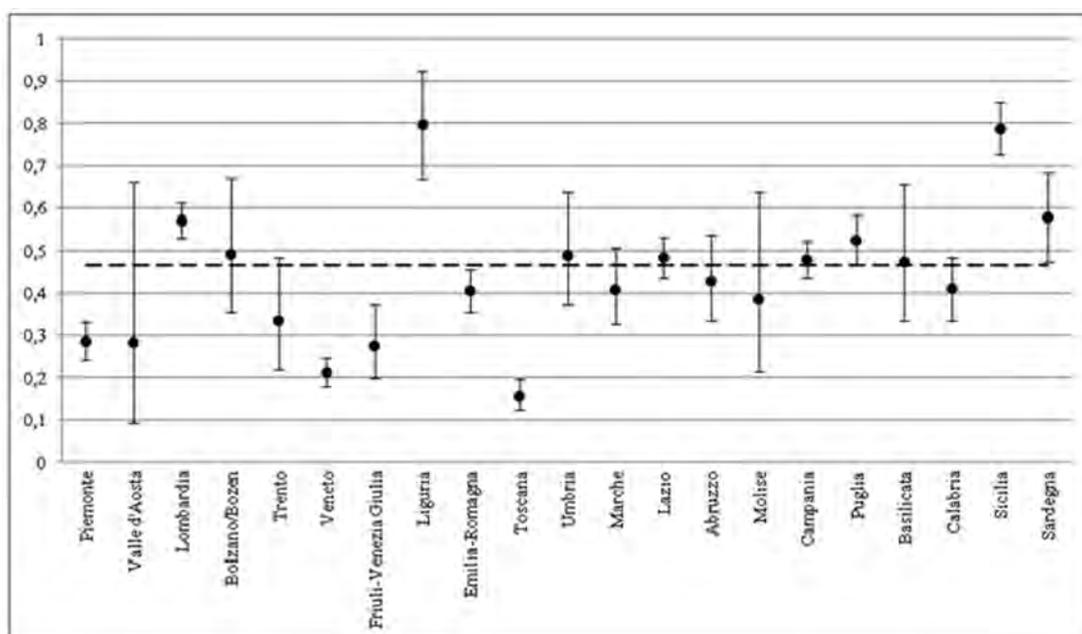
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Grafico 3 - Tasso medio (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per asma della classe di età 1-4 anni per regione - Anni 2010-2012



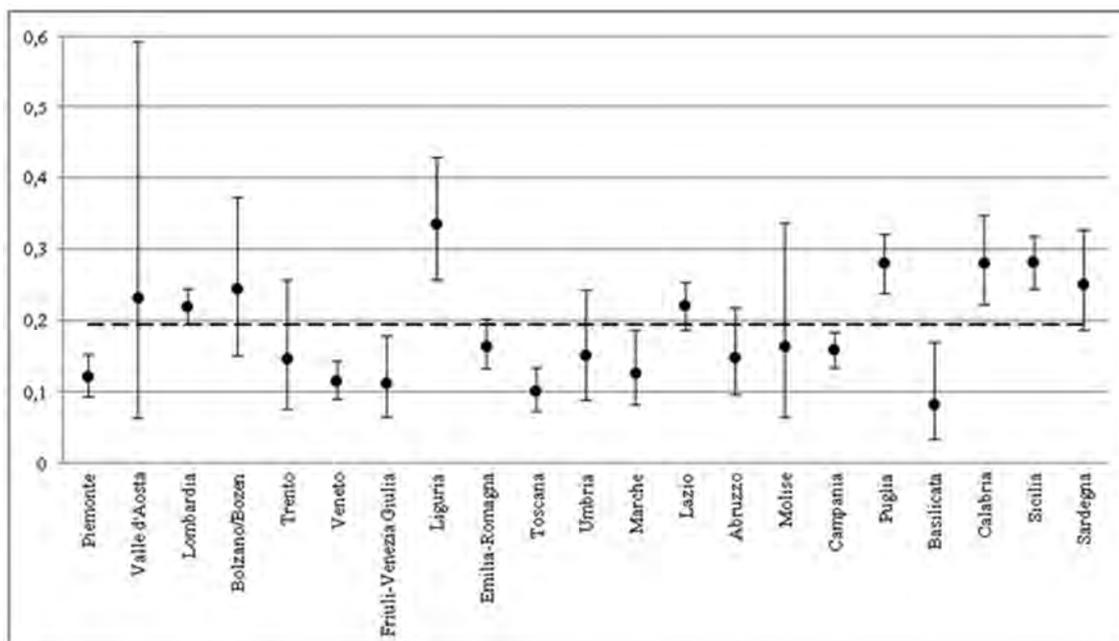
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Grafico 4 - Tasso medio (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per asma della classe di età 5-9 anni per regione - Anni 2010-2012



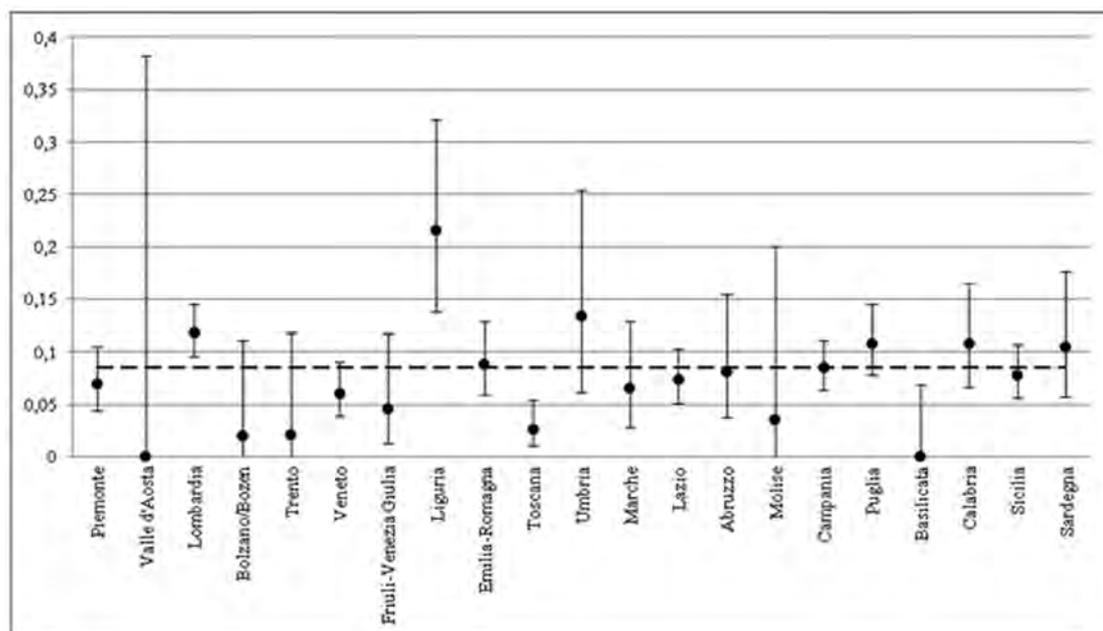
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Grafico 5 - Tasso medio (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per asma della classe di età 10-14 anni per regione - Anni 2010-2012



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Grafico 6 - Tasso medio (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per asma della classe di età 15-17 anni per regione - Anni 2010-2012



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'indicatore proposto può essere un utile ausilio per la valutazione delle pratiche assistenziali della pediatria territoriale. Nella revisione della letteratura internazionale, il rischio di ospedalizzazione per asma diminuisce se viene garantita una buona accessibilità alle strutture presenti sul territorio e una corretta gestione del paziente dal punto di vista terapeutico e della continuità delle cure.

Riferimenti bibliografici

(1) McDonald K, Davies SM, Haberland CA, Geppert JJ, Ku Amy, Romano P. Preliminary Assessment of Pediatric Health Care Quality and Patient Safety in the United States Using Readily Available Administrative Data. *Pediatrics*

2008; 122; e416-e425.

(2) McDonald K, Romano P, Davies S, Haberland C, Geppert J, Ku A, Choudhry K. Measures of pediatric health care quality based on hospital administrative data: the pediatric quality indicators. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2006 Sep. 130 p. [82 references].

(3) Beal A, Co JPT, Dougherty D, Jorsling T, Kam J, Perrin J, Palmer RH. Quality Measures for Children's Health Care. *Pediatrics* 2004; 113; 199-209.

(4) Sedman A, Harris JM, Schulz K, Schwalenstocker E, Remus D, Scanlon M, Bahl V. Relevance of the Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Indicators for Children's Hospitals. *Pediatrics* 2005; 115; 135-145.

(5) AHRQ quality indicators. Pediatric quality indicators: technical specifications [version 4.2]. PDI #14 asthma admission rate. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2010 Sep. 2 p.

Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per Gastroenterite in età pediatrica

Significato. La gastroenterite è una malattia comune nei bambini. Alcuni ricoveri sono inevitabili, tuttavia, nella maggior parte dei casi, una tempestiva ed efficace cura a livello territoriale sembra ridurre il rischio di ospedalizzazione (1, 2).

Come per l'asma, anche per le gastroenteriti il tasso di ospedalizzazione può indicare la qualità dei servizi ter-

ritoriali in termini di accessibilità e di cura appropriata, presupponendo che, al migliorare di queste, diminuisca il ricorso al ricovero in ospedale (1, 3, 4, 5). Recentemente l'indicatore è stato proposto nel Piano Nazionale Esiti con la granularità delle Aziende territoriali italiane.

Tasso di dimissioni ospedaliere per Gastroenterite*

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

Dimissioni ospedaliere per Gastroenterite di bambini 0-17 anni**

Popolazione media residente 0-17 anni

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

**In diagnosi principale o diagnosi secondaria quando la diagnosi principale è la disidratazione.

Validità e limiti. La stima dei ricoveri ospedalieri per gastroenteriti in età pediatrica può rappresentare un indicatore valido e riproducibile della tempestività, accessibilità e appropriatezza delle cure a livello territoriale. Un limite alla validità dell'indicatore può essere rappresentato dalla completezza dei dati e qualità delle codifiche delle Schede di Dimissione Ospedaliera. Sono stati calcolati, per il triennio 2010-2012, i tassi medi regionali di dimissioni ospedaliere per gastroenteriti, suddivisi in 5 gruppi di età (0, 1-4, 5-9, 10-14 e 15-17 anni). Il rischio relativo di ricovero per gastroenterite è stato calcolato nei gruppi di età menzionati prendendo a riferimento la classe di età 15-17. Sono stati costruiti i *forest plot* dei tassi medi regionali età specifici, ponendoli a confronto con la media nazionale. È stato costruito anche un *forest plot* dei tassi medi regionali standardizzati per età (popolazione 0-17 anni).

Valore di riferimento/Benchmark. Come riferimento, rispetto al quale operare confronti, si considera il tasso nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel Grafico 1 vengono mostrati i tassi standardizzati medi di periodo (2010-2012) a livello regionale.

Nei Grafici 2, 3, 4, 5 e 6 sono rappresentati i tassi regionali medi di periodo (2010-2012) per ogni classe di età, confrontati con il dato nazionale della stessa classe.

Possiamo osservare che Sardegna, Puglia ed Abruzzo presentano tassi di ospedalizzazione per gastroenteriti superiori al valore nazionale in tutte le classi di età. In Calabria si registrano più frequentemente ricoveri per gastroenteriti rispetto al dato nazionale per le classi di età 1-4, 5-9, 10-14 e 15-17 anni ed in Sicilia per le classi 0, 1-4, 5-9 e 10-14 anni; lo stesso *pattern* si osserva nella PA di Bolzano ma limitatamente alle classi di età 0, 10-14 e 15-17 anni.

Infine, il rischio di ricovero è significativamente più alto per i bambini al di sotto del primo anno di vita, così come per le classi di età 1-4, 5-9 e 10-14 anni rispetto alla classe di riferimento 15-17 anni (Tabella 2).

Tabella 1 - Tasso medio (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per gastroenterite per classe di età e regione - Anni 2010-2012

Regioni	0	1-4	5-9	10-14	15-17	Totale
Piemonte	10,42	6,56	1,56	0,79	0,41	2,79
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	7,07	3,14	0,85	0,75	0,62	1,69
Lombardia	14,08	7,86	1,57	0,70	0,41	3,35
Bolzano-Bozen	15,01	9,31	2,26	1,42	0,82	3,97
Trento	8,95	3,93	0,70	0,18	0,34	1,67
Veneto	9,20	5,82	1,28	0,53	0,22	2,38
Friuli Venezia Giulia	5,01	3,23	0,75	0,31	0,15	1,33
Liguria	6,05	4,08	1,11	0,36	0,34	1,69
Emilia-Romagna	11,84	7,31	1,53	0,57	0,30	3,08
Toscana	7,44	5,86	1,41	0,67	0,32	2,41
Umbria	14,98	10,99	2,83	1,14	0,49	4,57
Marche	11,24	7,63	1,73	0,74	0,27	3,09
Lazio	13,71	9,07	1,94	0,73	0,35	3,64
Abruzzo	19,22	18,66	4,41	1,87	1,20	7,04
Molise	8,63	6,07	1,90	0,49	0,50	2,39
Campania	15,43	10,69	2,28	0,97	0,31	3,94
Puglia	15,84	17,77	4,82	2,22	0,86	6,54
Basilicata	7,38	6,49	1,81	0,95	0,50	2,50
Calabria	12,11	10,91	3,19	1,60	0,92	4,36
Sicilia	16,23	14,95	4,42	1,63	0,36	5,68
Sardegna	17,28	19,57	5,55	2,06	0,96	7,38
Italia	12,86	9,53	2,34	1,00	0,44	3,82

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Tabella 2 - Rischio relativo di dimissioni ospedaliere per gastroenterite per classe di età pediatrica - Anni 2010-2012

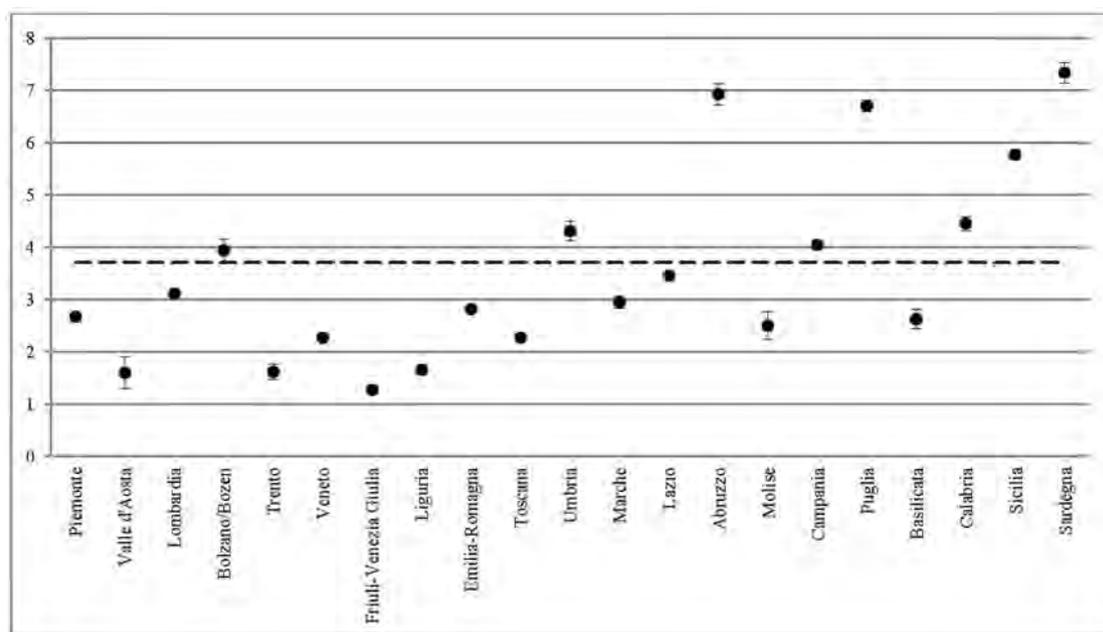
Rischio relativo*	0	1-4	5-9	10-14
Italia	29,23	21,66	5,32	2,27

*La classe di riferimento è 15-17 anni.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

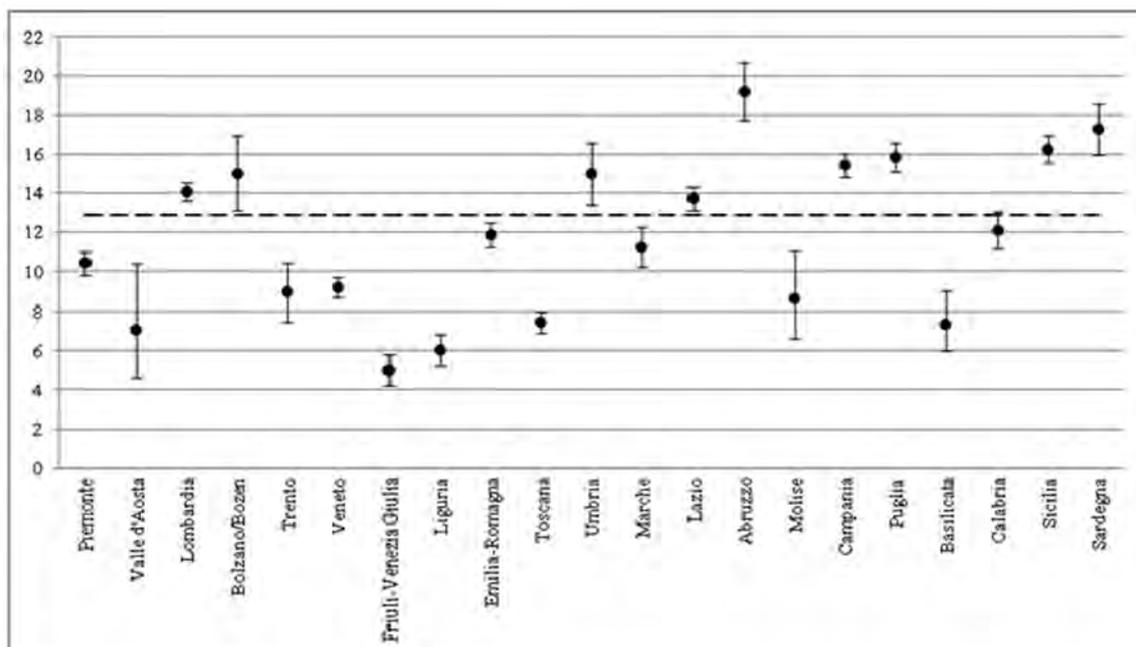
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Grafico 1 - Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per gastroenterite in età pediatrica - Anni 2010-2012



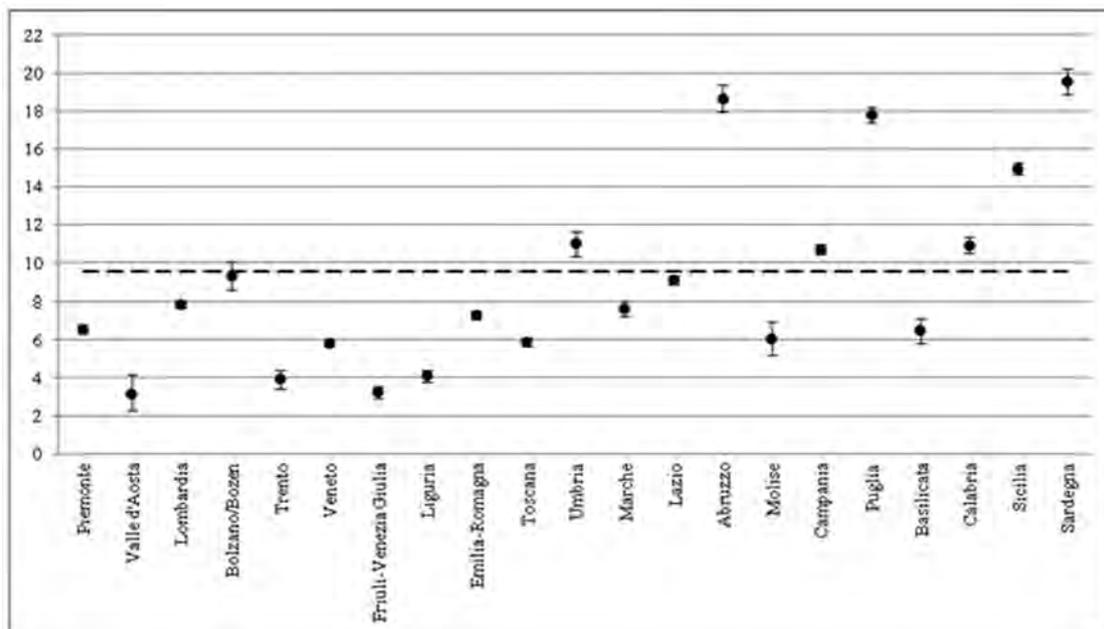
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Grafico 2 - Tasso medio (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per gastroenterite della classe di età 0 anni per regione - Anni 2010-2012



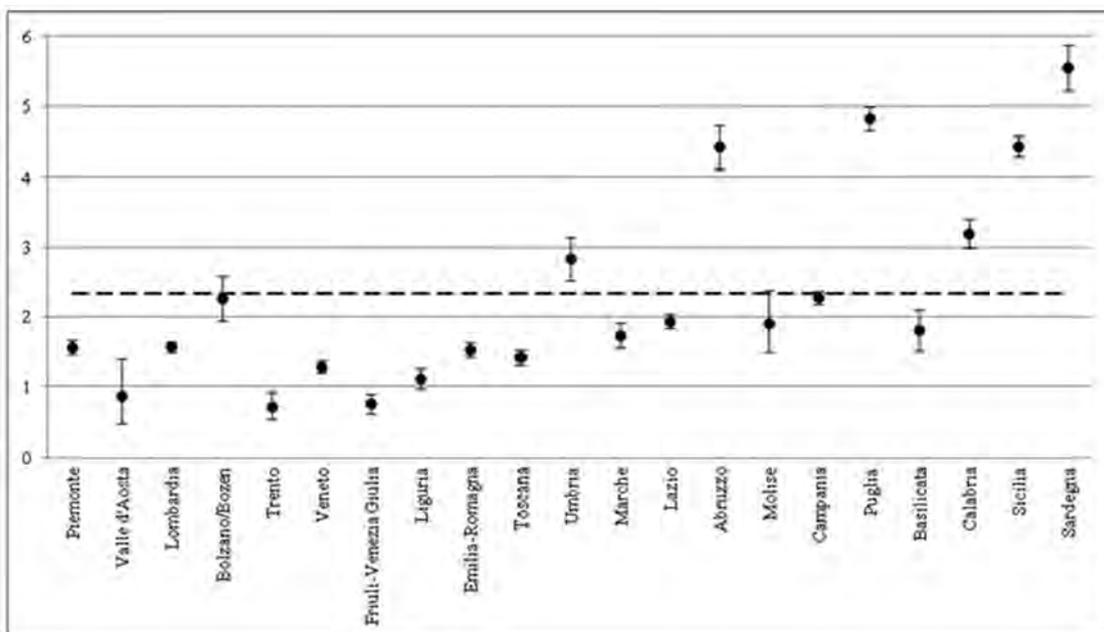
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Grafico 3 - Tasso medio (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per gastroenterite della classe di età 1-4 anni per regione - Anni 2010-2012



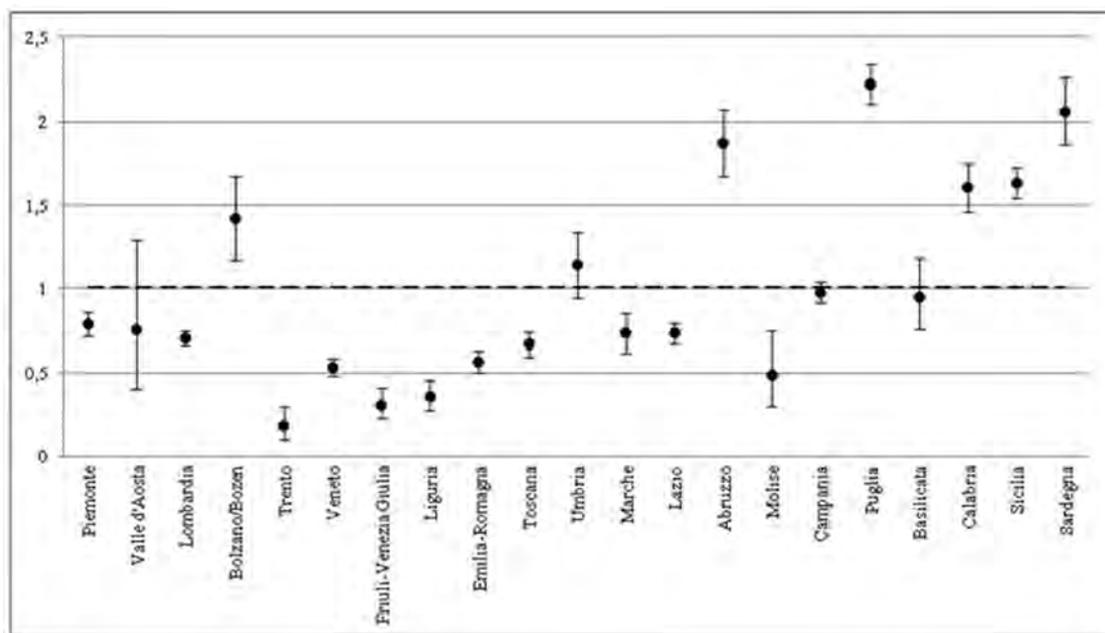
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Grafico 4 - Tasso medio (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per gastroenterite della classe di età 5-9 anni per regione - Anni 2010-2012



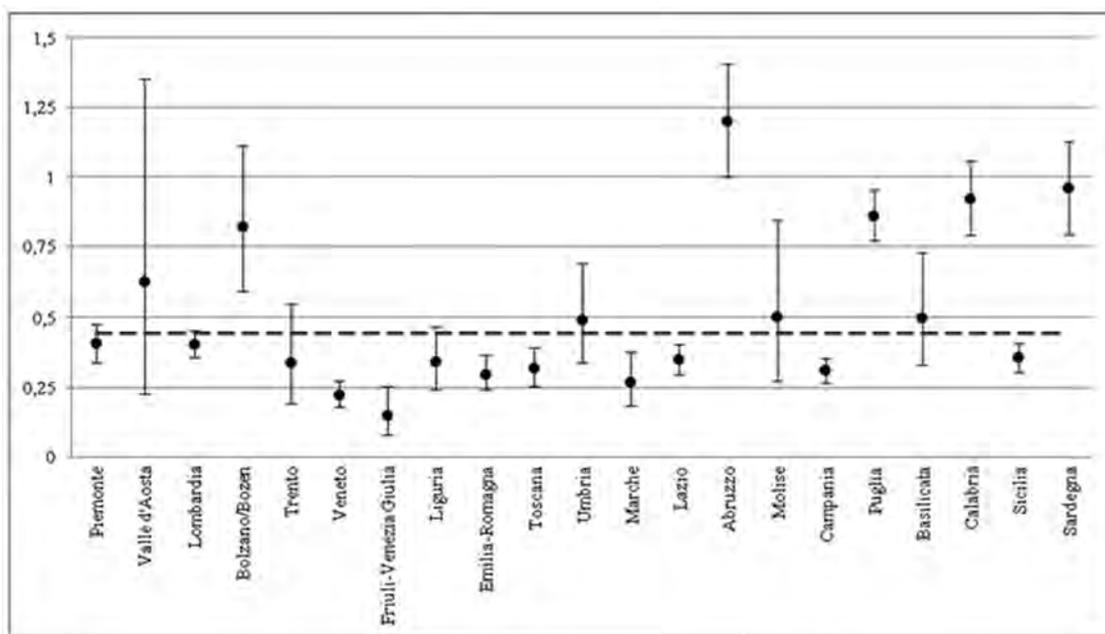
Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Grafico 5 - Tasso medio (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per gastroenterite della classe di età 10-14 anni per regione - Anni 2010-2012



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Grafico 6 - Tasso medio (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per gastroenterite della classe di età 15-17 anni per regione - Anni 2010-2012



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'indicatore proposto può essere un utile ausilio per la valutazione delle pratiche assistenziali della pediatria territoriale. Nella revisione della letteratura internazionale, il rischio di ospedalizzazione per gastroenteriti diminuisce se viene garantita una buona accessibilità alle strutture presenti sul territorio e una corretta

gestione del paziente dal punto di vista terapeutico e della continuità delle cure.

Riferimenti bibliografici

(1) McDonald K, Davies SM, Haberland CA, Geppert JJ, Ku Amy, Romano P. Preliminary Assessment of Pediatric Health Care Quality and Patient Safety in the United States Using Readily Available Administrative Data. Pediatrics

2008; 122; e416-e425.

(2) AHRQ quality indicators. Pediatric quality indicators: technical specifications [version 4.2]. PDI #16 gastroenteritis admission rate. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2010 Sep. 3 p.

(3) McDonald K, Romano P, Davies S, Haberland C, Geppert J, Ku A, Choudhry K. Measures of pediatric health care quality based on hospital administrative data: the pediatric quality indicators. Rockville (MD): Agency for

Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2006 Sep. 130 p. [82 references].

(4) Beal A, Co JPT, Dougherty D, Jorsling T, Kam J, Perrin J, Palmer RH. Quality Measures for Children's Health Care. Pediatrics 2004; 113; 199-209.

(5) Sedman A, Harris JM, Schulz K, Schwalenstocker E, Remus D, Scanlon M, Bahl V. Relevance of the Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Indicators for Children's Hospitals. Pediatrics 2005; 115; 135-145.

Georeferenziazione dei Presidi socio-assistenziali e socio-sanitari

Dott. Alessandro Cimbelli, Dott. Daniele Vazquez Pizzi

La prossimità o la lontananza da un servizio è un elemento di valutazione importante per analizzare l'adeguatezza dell'offerta di un sistema di *welfare*. Nel nostro Paese si assiste molto spesso a squilibri rilevanti riguardo alla dotazione di strutture e servizi di assistenza, ma di rado questi squilibri vengono analizzati attraverso le distanze fisiche esistenti tra le strutture e i cittadini.

L'analisi proposta nel presente lavoro si basa sulla distanza stradale di un Comune, sprovvisto di strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie, dalla più vicina di esse. Lo scopo è quello di fornire una indicazione dell'accessibilità di tali strutture e di analizzarne l'equità distributiva sul territorio nazionale. Questo tipo di analisi spaziale costituisce un utile strumento per una migliore programmazione e allocazione dell'offerta. Il calcolo delle distanze stradali comporta una elaborazione dei dati abbastanza complessa. Sono state fatte, quindi, alcune semplificazioni dovute ai limiti informativi dei dati utilizzati e alle capacità elaborative degli strumenti *hardware* e *software*.

Per valutare la distanza stradale tra due punti su mappa è necessario preliminarmente georeferenziare entrambi. In altre parole, occorre associare delle coordinate geografiche agli indirizzi dei presidi sanitari ed assistenziali. Nel caso analizzato si sono ottenute elevate precisioni di georeferenziazione nell'85% dei casi (per isolato), mentre nei rimanenti casi la localizzazione del presidio avviene per località.

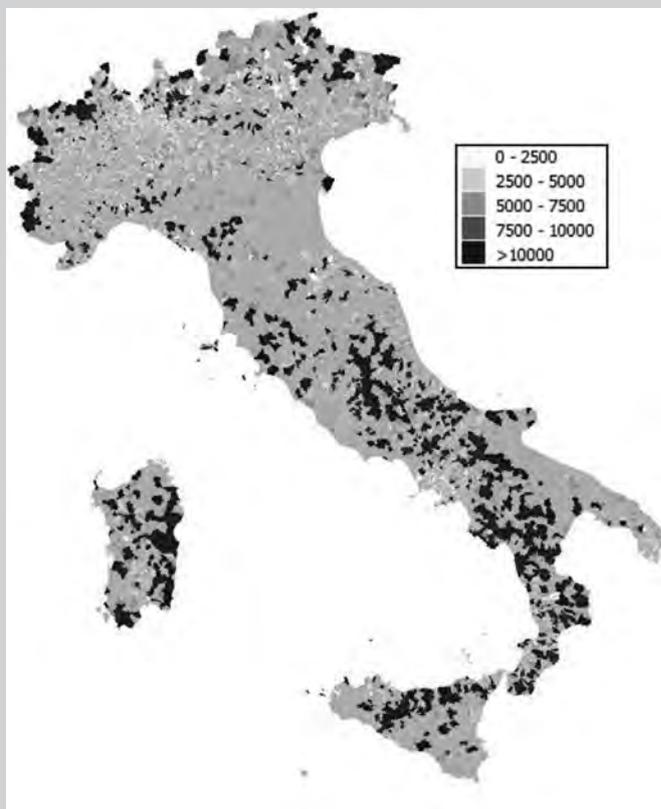
Altro limite riscontrato nell'elaborazione dei dati è quello *hardware-software* del calcolo di matrici di distanze di origini-destinazioni molto grandi (dell'ordine di decine di milioni di valori). Il nostro approccio è stato quello di semplificare la matrice considerando solo il primo presidio più vicino ad ogni comune privo di tale tipo di servizi.

Dei 4.356 Comuni senza presidio, il 35,6% (1.536 Comuni) si trova ad una distanza non superiore a 5 km dal presidio più vicino; il 30,1% (1.309 Comuni) ha la struttura più vicina a oltre 10 km. In generale, l'indicatore segnala che l'offerta del sistema di *welfare* assicura, a oltre l'80% dei Comuni, la presenza di una struttura residenziale socio-assistenziale e socio-sanitaria a meno di 10 km di distanza.

Dei 1.309 Comuni senza presidio a oltre 10 km di distanza dal presidio più vicino, 524 sono al Sud, grandezza corrispondente al 40% sul totale dei Comuni senza presidio; 266 a Nord-Ovest, corrispondente al 20,3%; 227 nelle Isole, corrispondente al 17,2%; 182 al Centro, corrispondente al 13,9% e 110 nel Nord-Est, corrispondente all'8,4%.

Confrontando i dati di distanza stradale dai presidi con le quote sul livello del mare dei centri comunali, si può misurare contemporaneamente l'effetto dell'altimetria e della presenza del reticolo stradale. Ne deriva che circa un quarto dei Comuni privi di servizi socio-assistenziali o sanitari si trova in zone montane (oltre 600 metri di quota) e di questi oltre la metà si trova realisticamente a più di 10 km da un presidio.

Figura 1 - *Classificazione dei Comuni senza presidi per fasce di distanza - Anno 2012*



Riferimenti bibliografici

- (1) Apparicio P., Abdelmajid M., Riva M., Shearmur R., "Comparing alternative approaches to measuring the geographical accessibility of urban health services: Distance types and aggregation-error issues", in *International Journal of Health Geographics*, 7: 7, 2008.
- (2) Boscoe, F.P.; Henry, K.A.; Zdeb, M.S., "A Nationwide Comparison of Driving Distance Versus Straight-Line Distance to Hospitals", in *Professional Geographer*; 64, 2, 2012.
- (3) Cromley E. K. and McLafferty S. L., *GIS and Public Health*, Guilford Press, New York, 2011.
- (4) Curtis S., Jones I. R., "Is There a Place for Geography in the Analysis of Health Inequality?", in *Sociology of Health & Illness*, 20, 5, September 1998.
- (5) Gomasasca M. A., *Elementi di geomatica*, Associazione Italiana di Telerilevamento, Firenze, 2004.
- (6) *Officina Welfare Space* (S. Munarin, M.C. Tosi con C. Renzoni, M. Pace), *Spazi del Welfare. Esperienze Luoghi Pratiche*, Quodlibet, Macerata, 2012.
- (7) Phibbs CS, Luft HS., "Correlation of travel time on roads versus straight line distance", in *Medical Care Research and Review*, 52,4, November 1995.
- (8) Scambler G., *Health and social change*, Open University Press, Buckingham/Philadelphia, 2002.
- (9) Secchi B., *La città dei ricchi e la città dei poveri*, Laterza, Roma-Bari, 2013.