

Assistenza ospedaliera

Il processo di modernizzazione e ridefinizione del ruolo del nostro sistema ospedaliero prosegue senza soste apparenti e coinvolge sempre più anche regioni che nel passato avevano dimostrato una certa inerzia nel ridefinire la struttura dell'offerta e l'organizzazione dei servizi.

I risultati raggiunti negli ultimi anni sono frutto di indirizzi strategici ed obiettivi diversificati, volti in principio alla razionalizzazione dei servizi ed al miglioramento dell'efficienza complessiva del sistema e, quindi, alla ricerca di una maggiore appropriatezza, qualificazione e sicurezza delle cure erogate. Allo stato attuale si avverte, tuttavia, l'esigenza di aggiornare ancora gli indirizzi della programmazione ospedaliera e di ridefinire in modo deciso e tempestivo le azioni da mettere in campo per fare fronte alle sfide poste dalla transizione epidemiologica, demografica e dal mutato quadro socio-economico del nostro Paese.

In tale contesto è fondamentale un effettivo cambio di paradigma e riforme strutturali che guidino un nuovo corso centrato su un ruolo ancora più forte dell'assistenza territoriale e su una diversa connotazione dell'assistenza ospedaliera, sempre più rivolta alle patologie acute ad elevato contenuto clinico-assistenziale e caratterizzata da modelli organizzativi in forte discontinuità con il recente passato.

Tutte le più recenti indicazioni normative (Legge n. 135/2012, la cosiddetta *Spending Review* della sanità (1), Legge n. 189/2012 di conversione del Decreto Balduzzi (2), Leggi di Stabilità 2013 e 2014), data la progressiva contrazione del finanziamento pubblico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), costantemente inferiore di 1-2 punti percentuali di Prodotto Interno Lordo rispetto ad altri Paesi europei, pongono con urgenza il tema delle misure idonee a garantire l'effettiva sostenibilità del nostro SSN e i relativi livelli di servizio da assicurare.

L'art. 15 della Legge n. 135 ha ripreso ed aggiornato in senso restrittivo le principali linee della programmazione ospedaliera approvate dalla Conferenza Stato-Regioni nel dicembre 2009 con il Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 (3). Per allineare il nostro sistema ospedaliero agli standard di produttività, efficienza ed equità richiesti dalla situazione in essere è previsto un sostanziale ridimensionamento della rete dell'offerta con la riduzione a 3,7 per 1.000 abitanti dei posti letto ospedalieri accreditati a carico del Servizio Sanitario Regionale, la contrazione del tasso di ospedalizzazione complessivo a 160 per 1.000 abitanti, di cui il 25% in Day Hospital (DH), una durata media di degenza per i ricoveri ordinari inferiore a 7 giorni ed un tasso di occupazione dei posti letto di almeno il 90%.

Nella stessa direzione sembra muoversi il corpo delle indicazioni contenute nel Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2013-2015, ancora in via di definizione ed oggetto di un interessante e serrato confronto tra Stato, Regioni e Forze sociali per la portata delle trasformazioni previste.

Tutte le misure richiamate impongono, comunque, di operare un adeguato monitoraggio ed una sistematica valutazione dello stato di attuazione delle linee di programmazione adottate. A tale scopo alcune delle norme richiamate hanno già definito i *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 con le migliori *performance* (3). Sempre in questa direzione il DM n. 135/2010, come illustrato nell'ultimo contributo di questo Capitolo, ha aggiornato le Linee Guida per la codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera, ampliando il campo delle informazioni richieste a fini valutativi ed epidemiologici e ridefinendo su base mensile il flusso informativo dalle Regioni al Ministero della Salute (4).

Con l'obiettivo di monitorare i trend più significativi la presente Edizione del Rapporto Osservasalute modifica ed in parte amplia il *set* di indicatori proposti per l'assistenza ospedaliera e, per la prima volta dal suo nascere, presenta e commenta dati relativi all'anno immediatamente precedente la data dell'Edizione (2012).

Gli indicatori e le relative serie temporali, riferite principalmente al triennio 2010-2012, vengono presentati in due diverse modalità.

La prima modalità è quella tradizionale, con risultati commentati e relative raccomandazioni degli Autori, ed è riservata ad indicatori presentati per la prima volta o i cui risultati mostrano ancora sensibili ed interessanti variazioni nelle serie temporali e/o nei confronti regionali. Fanno parte di questa sezione il tasso di ospedalizzazione (complessivo, in Ricovero Ordinario-RO e diurno) della popolazione >65 anni, gli indici di mobilità sanitaria, l'indice di *case mix* e di *performance*, l'utilizzo del DH per i DRG medici a rischio di inappropriatezza, la percentuale di dimissioni con DRG medico da reparti chirurgici, la percentuale di interventi per frattura di

femore eseguiti entro le 48 ore dal ricovero ed i tassi di ospedalizzazione della popolazione anziana (>65 anni) per procedure ad elevato impatto sociale (protesi d'anca, angioplastica e bypass coronarico).

La seconda modalità prevede la presentazione, in Appendice, delle tabelle con le serie storiche dei dati, senza commenti e relative raccomandazioni, ma comunque corredate delle informazioni sulle caratteristiche degli indicatori già descritte nella passata Edizione. Tale sezione è riservata ad indicatori ampiamente trattati nelle Edizioni precedenti, relativamente stabili nella loro espressione e/o con un trend consolidato, quali il tasso di ospedalizzazione (complessivo e distinto per età, tipologia di attività erogata, per DRG medici e chirurgici, in regime ordinario e diurno), la degenza media e la degenza media preoperatoria.

Gli indicatori descritti permettono una valutazione dell'assistenza ospedaliera secondo le seguenti dimensioni di *performance*:

- domanda soddisfatta dal sistema ospedaliero;
- complessità ed efficienza delle strutture di ricovero e cura;
- appropriatezza clinica ed organizzativa.

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 - Per quanto riguarda la domanda soddisfatta dal sistema ospedaliero, i dati registrati nel 2012 indicano un tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 163,5 per 1.000 abitanti con una percentuale di DH del 26,4%, quindi valori molto vicini a quelli che sono gli standard indicati dalla Legge n. 135/2012. Dall'analisi del trend temporale, tra il 2007 e il 2012, si rileva una forte riduzione del ricovero in regime di DH con un tasso che passa dal 60,3 per 1.000 (31,1% del totale dei ricoveri) a 43,2 per 1.000.

I dati regionali evidenziano la possibilità di un'ulteriore riduzione del tasso di ospedalizzazione, dato che solo 8 regioni presentano un valore in linea con gli obiettivi normativi. I dati sulle dimissioni per tipologia di attività indicano un lieve aumento dei ricoveri per lungodegenza (da 1,73 per 1.000 nel 2011 a 1,81 per 1.000 nel 2012), mentre la distribuzione per età dei dimessi mostra che i tassi standardizzati di dimissione più alti si rilevano nella fascia di età *over 65* anni tra cui si registrano, specie nelle regioni del Meridione e in alcune regioni del Nord (Valle d'Aosta e PA di Bolzano), variazioni regionali molto più ampie. Anche il tasso di ospedalizzazione nella popolazione anziana (età >65 anni), tra il 2002 e il 2012, ha subito una forte riduzione (oltre il 26%), passando dal 442,3 per 1.000 al 325,9 per 1.000, con una percentuale di ricoveri per DH, nel 2012, pari al 18,8%, quindi più contenuta rispetto alla popolazione totale.

Nel 2012, la percentuale dei pazienti con DRG chirurgico sul totale dei dimessi è del 45% ed è, nonostante un consistente passaggio in regime ambulatoriale di attività chirurgiche poco complesse, in aumento rispetto ai valori del 2011 (43,3%) e del 2010 (41,6%). L'aumento della percentuale è presente solo per il ricovero in regime ordinario, mentre per il ricovero diurno vi è una lieve riduzione.

L'elevata percentuale di dimissioni con DRG chirurgico viene descritta da anni anche a livello internazionale e testimonia una qualificazione ed un aumento di complessità delle attività ospedaliere. I valori elevati si registrano costantemente in tutte le regioni, anche se in quelle del Nord e del Centro la proporzione di DRG chirurgici risultano essere generalmente molto più alte del valore nazionale, con punte che in alcune regioni superano la soglia del 50% dell'attività complessiva. I tassi standardizzati per i DRG medici (55% dei dimessi) continuano a mostrare una rilevante e spesso ingiustificata variabilità regionale, sia per i ricoveri ordinari che per la componente diurna.

Per i ricoveri chirurgici la variabilità regionale del tasso standardizzato, seppure esistente, risulta più contenuta.

Gli indicatori di complessità ed efficienza delle strutture di ricovero e cura comprendono la degenza media, la degenza media preoperatoria (DMPO), l'indice di *case mix* e di *performance*.

La degenza media è pari a 6,8 giorni per tutti e 3 gli anni presi in considerazione (2010-2012), mentre la DMPO, standardizzata per *case mix*, è in lieve calo ed è passata dai 2 giorni del 2006 a 1,81 giorni del 2012.

Mentre per la DMPO si registra un chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole, con le regioni meridionali che presentano valori più elevati, segno della disomogenea definizione di specifici percorsi diagnostici e clinico-assistenziali precedenti all'intervento chirurgico, per la degenza media il gradiente geografico è invertito, con molte regioni del Meridione e del Centro che presentano un dato lievemente al di sotto del valore nazionale.

Un ulteriore contributo alla valutazione dell'efficienza organizzativa è dato dall'analisi congiunta dell'indice di *performance* con l'indice di *case mix*, per classi di ospedale (classificati in base ai posti letto). Tale analisi mostra che le regioni con un indice comparativo di *performance* migliore (ICP<1) ed una casistica più complessa (indice di *case mix* >1) sono la Valle d'Aosta, nella classe di ospedali con meno di 120 posti letto, la Toscana e l'Emilia-Romagna nella classe compresa tra 120-400 posti letto, e il Piemonte nella classe con più di 400 posti letto.

L'analisi della dimensione appropriatezza clinica e organizzativa mette in evidenza evoluzioni interessanti. Nel 2012, il valore nazionale della proporzione di dimissioni con DRG medico dai reparti chirurgici è ridotta al 30,8% contro il 33,3% del 2010. L'analisi temporale degli ultimi 3 anni dimostra un trend in diminuzione che ha interessato in modo più marcato le regioni che partivano da valori più elevati. Nonostante 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.

Per quanto riguarda l'utilizzo del DH per DRG a rischio di inapproprietezza se erogati in RO, in questa Edizione è stato possibile analizzare il primo triennio dopo l'entrata in vigore del Patto per la Salute 2010-2012 che prevede un elenco più ampio di DRG medici potenzialmente inappropriati e presenta, in aggiunta, una lista di 24 prestazioni ad alto rischio di inapproprietezza se erogate in regime di Day Surgery e, quindi, da trasferire in regime ambulatoriale. Nel 2012, la percentuale di utilizzo del DH per i DRG medici considerati mostra una lieve riduzione rispetto al 2010 (47,3% vs 48,1%). Contemporaneamente, si registra una riduzione del tasso di dimissione, per i DRG di interesse, complessivo e per modalità di ricovero, segno che la riconversione in DH è stata accompagnata dal contemporaneo trasferimento dei ricoveri diurni di tipo medico meno complessi e potenzialmente inappropriati in *setting* assistenziali extradegenza (ambulatorio e Day Service).

La variabilità geografica è presente sia per la percentuale di utilizzo del DH che per i tassi di dimissione (complessivi e per regime di ricovero), mentre il gradiente Nord-Sud ed Isole, con le regioni meridionali che presentano valori più elevati, si registra solo per i tassi di dimissione.

Il valore nazionale della percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti entro 2 giorni dal ricovero ha registrato un netto incremento, passando dal 35,1% del 2010 al 44,7% del 2012. Tale miglioramento può essere in parte spiegato dalla rilevanza che ha assunto questo indicatore nei vari sistemi di monitoraggio e valutazione della *performance* dei servizi sanitari sviluppati a livello nazionale e delle singole regioni (Piano Nazionale Esiti e Sistema di Valutazione della *Performance* della Regione Toscana) e dall'attenzione che i media hanno riservato a tali problematiche. Nonostante questo buon risultato i valori registrati in Italia rimangono lontani dagli obiettivi indicati dalle Linee Guida (5-7) e raggiunti in altri Paesi, in particolare del Nord Europa.

Inoltre, è presente una forte variabilità regionale con un *range* compreso tra 13,8-82,8%.

È stata riscontrata un'elevata variabilità regionale anche per i tassi di ospedalizzazione per le tre procedure ad elevato impatto sociale prese in considerazione (protesi d'anca, bypass e angioplastica coronarica).

Premesso che nel triennio considerato (2010-2012) si è assistito ad un aumento del tasso di ospedalizzazione per protesi d'anca ed angioplastica e ad una riduzione del tasso di bypass coronarico, tutti i valori rilevati presentano un chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole, con tassi più elevati a Nord per protesi d'anca ed angioplastica. Ulteriori analisi potrebbero essere svolte per valutare le ragioni di questa elevata variabilità, che potrebbe essere in parte spiegata da una differente incidenza/prevalenza delle patologie di interesse, ma anche da fattori relativi alla organizzazione dell'offerta, a possibili limitazioni all'accesso dei servizi e/o a fattori correlati alla sfera professionale ed alla capacità di scelta dei cittadini.

L'analisi della mobilità sanitaria evidenzia tra il 2002 ed il 2012 un aumento della percentuale di "dimissioni in mobilità", sia per il RO che diurno. Tale valore, nel 2012, è del 7,5% per il RO e del 7,8% per il ricovero diurno. Tutte le regioni meridionali (ad eccezione del Molise) presentano un saldo negativo in entrambe le modalità di ricovero, mentre un saldo positivo si rileva principalmente in Toscana, Emilia-Romagna e Lombardia.

Conclusioni - I dati presentati nel Capitolo mostrano una generale tendenza, sia a livello nazionale che regionale, al graduale raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello normativo. Negli ultimi anni il miglioramento delle *performance* ha interessato in modo più evidente anche alcune regioni meridionali ed insulari, soprattutto quelle che partivano da posizioni lontane dai valori di benchmark. Allo stesso tempo è ancora evidente una forte differenza delle *performance* registrate da quasi tutte le regioni del Nord e del Centro rispetto alle regioni del Meridione, per quasi tutti gli indicatori analizzati nel Capitolo. Di conseguenza uno dei principali obiettivi per il nostro SSN sarà quello di ridurre la variabilità ed il *gap* tra le diverse regioni, avendo come riferimento le *performance* elevate registrate in diverse regioni settentrionali.

Il quadro che emerge dall'analisi degli indicatori pone anche le basi per comprendere la portata delle

azioni da intraprendere nel prossimo futuro per avviare un ulteriore riassetto organizzativo dei nostri servizi, in funzione della sostenibilità del sistema e della concreta possibilità di assicurare l'applicazione uniforme dei Livelli Essenziali di Assistenza entro i parametri strutturali e di funzionamento fissati dalla recente programmazione nazionale.

L'ospedale rappresenta ancora il fulcro del nostro sistema di cura, ma il suo ambito di attività dovrà essere sempre più rivolto alle patologie acute ad elevato contenuto clinico-assistenziale e, di pari passo, dovranno essere investite risorse per sviluppare e potenziare modelli di collaborazione in rete tra presidi di diverso livello e modelli capaci di realizzare un'effettiva integrazione con i servizi di assistenza distrettuali. 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. Occorre, quindi, decentrare attività sanitarie di media complessità verso il livello di assistenza territoriale, in specie per la presa in carico dei pazienti con patologie cronico-degenerative, in un rapporto più equilibrato dell'ospedale con il sistema delle cure primarie e di forte interazione tra le attività sociali e sanitarie.

Ad esempio sappiamo che oggi, attraverso l'utilizzo di adeguati sistemi informativi, è possibile individuare le categorie di pazienti ad elevato rischio di ospedalizzazione (come i pazienti fragili) e che questa informazione potrebbe consentire di mettere in campo azioni volte a preservare il loro stato di salute e ad evitare il ricovero in ospedale attraverso la diretta e preventiva presa in carico da parte dei servizi distrettuali.

A tale riguardo i margini di miglioramento possono essere sensibili. L'evidenza che il tasso di ospedalizzazione nella popolazione >65 anni è diminuito di oltre il 26% tra il 2002 e il 2012, dimostra che anche gli elevati "consumi" di assistenza ospedaliera della popolazione anziana possono essere contrastati e suppliti con modalità alternative di assistenza e che l'invecchiamento della popolazione non deve necessariamente tradursi in una generale previsione di incremento dell'attuale tasso di ospedalizzazione generale.

Analoga attenzione deve essere posta all'organizzazione della rete e delle strutture ospedaliere, sviluppando modelli in grado di agevolare l'accesso alle cure, assicurare maggiore efficienza dei percorsi diagnostici, declinare i diversi *setting* assistenziali per intensità di cura e contrastare il fenomeno dei ricoveri inappropriati.

L'elevata variabilità riscontrata nel tasso di alcune procedure conferma l'esigenza di promuovere anche una maggiore adesione dei professionisti a Linee Guida condivise, nell'ottica dei principi dell'*Evidence Based Medicine*.

Per ridurre la variabilità rilevata è fondamentale che queste azioni interessino in modo diffuso e per quanto possibile omogeneo le diverse realtà regionali. A tale scopo, è necessario ed opportuno poter contare su chiari e rigorosi principi di programmazione centrale. Allo stesso tempo, nel rispetto delle regole imposte dal federalismo, è altrettanto importante che la "governance" del processo di cambiamento 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) Legge 7 agosto 2012, n. 135 (Spending review) - Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-Legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini.
- (2) Legge 8 novembre 2012, n° 189 (Decreto Balduzzi) - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.
- (3) 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.
- (4) 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.
- (5) Acute management and immediate rehabilitation after hip fracture amongst people aged 65 years and over. Wellington, NZ: New Zeland Guidelines Group, June 2003.
- (6) Management of hip fracture in older people. A National clinical guideline.Scottish Intercollegiate Guideline Network. June 2009.
- (7) The management of hip fracture in adults National clinic Guideline Centre. 201.

Ospedalizzazione nella popolazione anziana

Significato. L'età del paziente rappresenta un fattore demografico estremamente significativo quando si analizza il ricorso alle prestazioni sanitarie. Il bisogno di salute varia in relazione all'età e, quindi, anche l'entità della domanda di prestazioni sanitarie ospedaliere. In particolare, la tipologia di assistenza ospedaliere erogata (acuzie, riabilitazione o lungodegenza) risente fortemente delle caratteristiche demografiche della popolazione oltre che dell'organizzazione territoriale dei servizi. Questi, infatti, possono assolvere ad una funzione di filtro della domanda di

assistenza della popolazione anziana, caratterizzata prevalentemente da bisogni relativi a patologie croniche che dovrebbero essere, in modo appropriato, di pertinenza territoriale.

I tassi di ospedalizzazione, calcolati a livello regionale per la classe di età di pazienti con età >64 anni e per regime di ricovero, consentono di evidenziare il fenomeno ed eventuali differenze geografiche nell'orizzonte temporale 2002-2012 (vengono riportati anche i dati relativi al 2007).

Tasso di dimissioni ospedaliere nella popolazione anziana

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere nella popolazione di 65 anni ed oltre}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

Validità e limiti. Le Schede di Dimissione Ospedaliere (SDO), considerate nel calcolo dell'indicatore, sono relative alle dimissioni effettuate in regime di ricovero ordinario e diurno, dagli istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale. Sono state escluse le dimissioni 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 possono essere presenti più SDO da attribuire ad un medesimo paziente e allo stesso episodio di ricovero: infatti, se ad esempio un paziente viene trasferito, all'interno di uno stesso istituto, da un reparto per acuti ad uno di riabilitazione o da una modalità di ricovero ad un'altra (da regime diurno a quello ordinario e viceversa), devono essere compilate due distinte SDO, 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.

Qualche cautela va prestata nei confronti dei tassi regionali di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital (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.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per il tasso di dimissioni ospedaliere specifico per classi di età. Il confronto dei tassi specifici regionali con quello nazionale consente di evidenziare la diversa propensione al ricovero ospedaliero di pazienti di 65 anni ed oltre.

Descrizione dei risultati

Nel 2012 il tasso grezzo di dimissioni ospedaliere a livello nazionale è 264,6 per 1.000 in regime ordinario e 61,3 per 1.000 in regime di ricovero diurno. Il tasso di ospedalizzazione complessivo varia, a livello regionale, dal valore massimo presente nella PA di Bolzano (415,9 per 1.000) al valore minimo della Toscana (286,1 per 1.000). Sono 9 le regioni che presentano valori al di sotto del dato nazionale. Il tasso relativo al regime di Ricovero Ordinario (RO) varia dal 352,2 (per 1.000) della PA di Bolzano al 242,7 (per 1.000) del Piemonte, mentre per il DH il valore più elevato riguarda la Campania (116,6 per 1.000) ed il più basso la Lombardia (28,9 per 1.000), nettamente inferiore al dato nazionale (61,3 per 1.000).

L'analisi del trend mette in evidenza una costante riduzione dei tassi di ospedalizzazione. Per il tasso complessivo la riduzione è del 26,3% nel 2012 rispetto al 2002 e del 16,8% rispetto al 2007. Per la modalità di ricovero in RO la riduzione è del 23,3% rispetto al 2002 e dell'11,1% rispetto al 2007. Infine, per la modalità di ricovero in DH la riduzione del tasso di ospedalizzazione è del 36,8% rispetto al 2002 e del 34,6% rispetto al 2007.

Tabella 1 - Tasso grezzo (per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, di pazienti di età 64 anni ed oltre per regime di ricovero e regione - Anni 2002, 2007, 2012

Regioni	2002			2007			2012		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	256,7	98,6	355,3	239,0	113,7	352,6	242,7	61,7	304,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	287,9	118,0	405,9	288,2	104,9	393,1	290,2	112,3	402,5
Lombardia	351,0	111,7	462,8	300,5	77,3	377,8	275,0	28,9	303,9
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>470,4</i>	<i>53,4</i>	<i>523,8</i>	<i>395,9</i>	<i>106,0</i>	<i>501,9</i>	<i>352,2</i>	<i>63,7</i>	<i>415,9</i>
<i>Trento</i>	<i>354,7</i>	<i>85,3</i>	<i>440,0</i>	<i>311,6</i>	<i>106,3</i>	<i>417,9</i>	<i>286,1</i>	<i>112,4</i>	<i>398,5</i>
Veneto	337,3	114,7	452,0	287,6	73,3	360,9	248,9	46,5	295,4
Friuli Venezia Giulia	311,3	63,6	374,9	281,3	46,9	328,1	265,9	50,6	316,5
Liguria	300,9	126,1	426,9	264,9	120,1	385,0	250,5	86,7	337,2
Emilia-Romagna	320,1	107,7	427,8	300,6	67,0	367,7	287,8	57,1	344,9
Toscana	299,3	87,2	386,6	251,2	65,1	316,3	244,2	41,8	286,1
Umbria	284,4	111,3	395,8	258,2	85,1	343,3	264,7	41,4	306,1
Marche	329,9	86,2	416,1	288,1	96,4	384,5	260,6	54,6	315,2
Lazio	357,3	104,5	461,8	305,9	84,6	390,5	261,8	73,3	335,1
Abruzzo	455,2	84,9	540,1	350,1	99,0	449,1	269,9	65,5	335,5
Molise	389,4	40,1	429,5	354,5	98,0	452,4	263,8	94,9	358,7
Campania	368,8	74,3	443,1	333,0	114,2	447,2	272,1	116,6	388,7
Puglia	411,7	59,8	471,6	365,4	97,3	462,7	289,8	67,7	357,5
Basilicata	357,1	89,8	446,9	280,7	116,4	397,1	254,3	60,6	314,8
Calabria	409,0	73,1	482,1	325,1	98,2	423,3	252,7	62,2	314,9
Sicilia	379,5	108,9	488,4	299,6	158,5	458,1	252,6	74,5	327,1
Sardegna	393,1	100,0	493,1	307,4	106,1	413,5	264,3	77,6	341,9
Italia	345,2	97,0	442,3	297,8	93,7	391,5	264,6	61,3	325,9

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anni 2002, 2007 e 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

Alla generale riduzione del tasso di dimissioni ospedaliere per pazienti di 65 anni ed oltre dovrebbe corrispondere l'attivazione di strutture territoriali, residenziali o semiresidenziali, in grado di far fronte alla domanda di assistenza sanitaria relativa a questa

fascia di popolazione.

Maggiore attenzione delle regioni all'attivazione ed al funzionamento dei servizi territoriali, di carattere socio-assistenziale, permetterebbe di ridurre ulteriormente il ricorso all'ospedalizzazione per la popolazione *over* 64 anni.

Indice di Case-Mix e Indice Comparativo di Performance

Significato. La degenza media rappresenta il più semplice ed immediato indicatore di analisi di efficienza dell'attività di ricovero ospedaliero, ma risente dell'effetto confondente di una diversa composizione e complessità della casistica osservata per ciascun erogatore di prestazioni ospedaliere in regime di ricovero. Per ovviare a tale problema, la degenza viene standardizzata per *case-mix* ed il risultato della standardizzazione è la degenza media.

L'Indice Comparativo di *Performance* (ICP) e l'Indice di *Case-Mix* (ICM) forniscono ulteriori indicazioni per una valutazione della complessità e dell'efficienza degli erogatori, in particolar modo se i suddetti indicatori sono letti congiuntamente.

L'ICP viene calcolato come rapporto fra la degenza media standardizzata per *case-mix* di un dato erogatore e la degenza media dello standard di riferimento.

Pertanto, l'ICP consente di misurare e confrontare l'efficienza e l'efficacia (interventi efficaci prevenendo ricorsi a ricoveri successivi ovvero evitabili) dei diversi erogatori rispetto allo standard considerato. Valori dell'indicatore al di sopra dell'unità indicano una efficienza inferiore rispetto allo standard di riferimento, poiché la degenza media, depurata dagli effetti confondenti, è più lunga della degenza media di confronto.

Valori inferiori all'unità rispecchiano una efficienza superiore rispetto allo standard di riferimento, poiché

la degenza media standardizzata è più breve della degenza media dello standard di riferimento.

L'ICM, invece, offre uno strumento di confronto per la diversa complessità della casistica trattata ed è calcolato come rapporto fra il peso medio del ricovero rilevato per un certo erogatore ed il peso medio del ricovero nella casistica standard rilevata complessivamente a livello nazionale. In questo caso, valori dell'indice superiori all'unità indicano una casistica con complessità maggiore rispetto allo standard, mentre valori inferiori all'unità rappresentano una casistica con complessità inferiore.

Si evidenzia che i pesi per ciascun DRG costituiscono il sistema di pesi relativi per la 24^a versione del sistema DRG, indicato con il DM del 18 dicembre 2008 "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere".

Il peso relativo del DRG fornisce una misura del consumo medio di risorse associato ai ricoveri afferenti a ciascun DRG: maggiore è il peso del ricovero, più elevato è il carico assistenziale della corrispondente casistica. Conseguentemente il peso relativo può essere impiegato come indicatore *proxy* della complessità del ricovero, in base all'ipotesi di correlazione positiva fra complessità clinica e consumo di risorse.

Indice di Case-Mix

Numeratore Peso medio del ricovero

Denominatore Peso medio dello standard di riferimento

Pertanto, con riferimento ad una generica regione "R", il peso medio dei ricoveri avuti in questa regione viene calcolato nel seguente modo:

$$pm_R = \frac{\sum_{i \in DRG} p_i \cdot dim_{i,R}}{\sum_{i \in DRG} dim_{i,R}}$$

dove p_i rappresenta il peso relativo dell' i -esimo DRG, mentre $dim_{i,R}$ indica il numero di dimissioni per acuti in regime ordinario per l' i -esimo DRG nella regione "R".

Indice Comparativo di Performance

Numeratore Degenza media standardizzata per *case-mix*

Denominatore Degenza media dello standard di riferimento

Sempre con riferimento ad una generica regione "R", la degenza media standardizzata per *case-mix* viene calcolata nel modo seguente:

$$dm_std_R = \frac{\sum_{i \in DRG} \frac{gg_deg_{i,R}}{dim_{i,R}} \cdot dim_{i,N}}{\sum_{i \in DRG} dim_{i,N}}$$

dove $gg_deg_{i,R}$ e $dim_{i,R}$ indicano, rispettivamente, il numero di giornate di degenza ed il numero di dimissioni da reparti per acuti in regime di ricovero ordinario per l'*i*-esimo DRG nella generica regione R e $dim_{i,N}$ rappresenta il numero di dimissioni per l'*i*-esimo DRG della casistica standard, ossia quella osservata a livello nazionale.

Validità e limiti. Per un'analisi non distorta sulla complessità ed efficienza delle prestazioni erogate in regime di ricovero si è ritenuto di limitare l'attenzione alle dimissioni da reparti per acuti con regime di Ricovero Ordinario, da strutture pubbliche e private accreditate. Inoltre, per rendere più corretto il confronto sulla complessità dei ricoveri e sull'efficienza nelle prestazioni erogate, si è proceduto ad una ripartizione dei singoli ospedalieri in base alla numerosità dei loro posti letto per degenze ordinarie, in dotazione dei singoli reparti per acuti. Sono state, pertanto, individuate tre classi di ospedali: quelli con una dotazione fino a 120 posti letto, una seconda classe con una dotazione di posti letto compresa tra 121-400 ed, infine, quelli con oltre 400 posti letto. In tal modo, i valori standard di riferimento sono anch'essi distinti in base alla numerosità della dotazione dei posti letto.

Valore di riferimento/Benchmark. L'Accordo Stato-Regioni per il "nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012", introduce indicatori e standard di efficienza ed appropriatezza allocativa delle risorse, al fine di qualificare i Servizi Sanitari Regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini, oltre a garantire un maggiore controllo della spesa.

Descrizione dei risultati

La lettura congiunta di ICM e ICP, su un grafico a quattro quadranti, risulta particolarmente significativa. Si riportano sull'asse delle ascisse i valori dell'ICM e sull'asse delle ordinate i valori dell'ICP. I due quadranti superiori (ICP>1) sono caratterizzati da una degenza media standardizzata superiore allo standard di riferimento ed i due quadranti a destra (ICM>1) individuano una maggiore complessità della casistica rispetto allo standard di riferimento.

Tenendo conto della numerosità dei posti letto delle strutture ospedaliere, la rappresentazione grafica degli ICM e degli ICP offre tre diversi scenari di lettura congiunta di complessità ed efficienza.

Nel quadrante inferiore destro (ICM>1, ICP <1) si collocano gli erogatori che appaiono di alta efficienza, caratterizzati da una casistica ad alta complessità ed una degenza media più breve rispetto allo standard di riferimento.

Nel quadrante superiore destro (ICM>1, ICP>1) si collocano gli erogatori con degenze medie di durata superiore a quella standard di riferimento. Ciò può essere giustificato dalla maggiore complessità della casistica. Pertanto, la più lunga durata della degenza può non esse-

re imputabile solo ad inefficienze organizzative.

Nel quadrante inferiore sinistro (ICM<1, ICP<1) si definisce l'area caratterizzata da minore degenza media rispetto allo standard, che appare non dovuta ad alta efficienza organizzativa ma ad una casistica meno complessa di quella standard di riferimento.

Infine, nel quadrante superiore sinistro (ICM<1, ICP>1) si collocano gli erogatori con durata della degenza media più alta sebbene la casistica presenti una complessità più bassa rispetto allo standard. In questo caso è forse possibile che possa esserci una qualche inefficienza organizzativa.

Ulteriori cautele si devono adottare nell'interpretare la rappresentazione di questi indicatori quando essi assumono valori molto prossimi all'unità.

Nel primo scenario, relativo alle strutture con dotazione fino a 120 posti letto per acuti in regime ordinario, sono rappresentate tutte le regioni (Grafico 1). Nel quadrante in basso a destra spicca la posizione della Valle d'Aosta, rappresentata da un'unica struttura privata accreditata e caratterizzata da un'attività prevalentemente di tipo chirurgico. I valori di degenza media risultano molto inferiori al valore standard di riferimento. Probabilmente, ciò è dovuto al fatto che la struttura è anche dotata di un reparto di riabilitazione in cui trasferire i pazienti che necessitano di immediate cure riabilitative dopo l'intervento chirurgico.

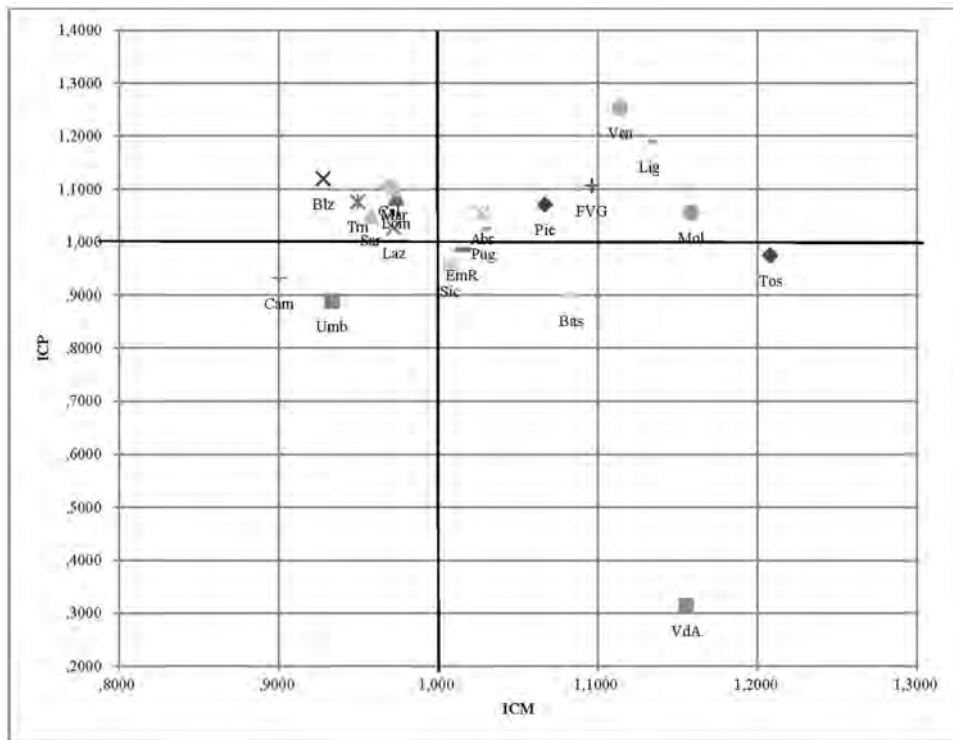
Nel Grafico 2, relativo alle strutture con una dotazione di posti letto compresa tra 121-400, figurano tutte le regioni con la sola eccezione della Valle d'Aosta, che non ha strutture ospedaliere con queste caratteristiche.

Nel quadrante in basso a sinistra si evidenzia la Puglia con la più bassa complessità della casistica rispetto allo standard, mentre la degenza media tende ad avvicinarsi al valore standard.

Nel Grafico 3, relativo alle strutture con oltre 400 posti letto per acuti in regime ordinario, non è rappresentata la regione Molise, poiché non ha strutture con queste caratteristiche. Per il resto, le regioni rappresentate si collocano prevalentemente nei quadranti di sinistra, caratterizzati da una bassa complessità della casistica.

Nei quadranti di destra si evidenziano le regioni Piemonte e Marche, che presentano i valori più elevati per complessità della casistica. La durata della degenza è di poco inferiore allo standard per il Piemonte e superiore al valore standard per le Marche. Si osserva, inoltre, che per Liguria, Veneto e Marche, a fronte di una degenza media pressoché uguale, la complessità della casistica si differenzia sensibilmente.

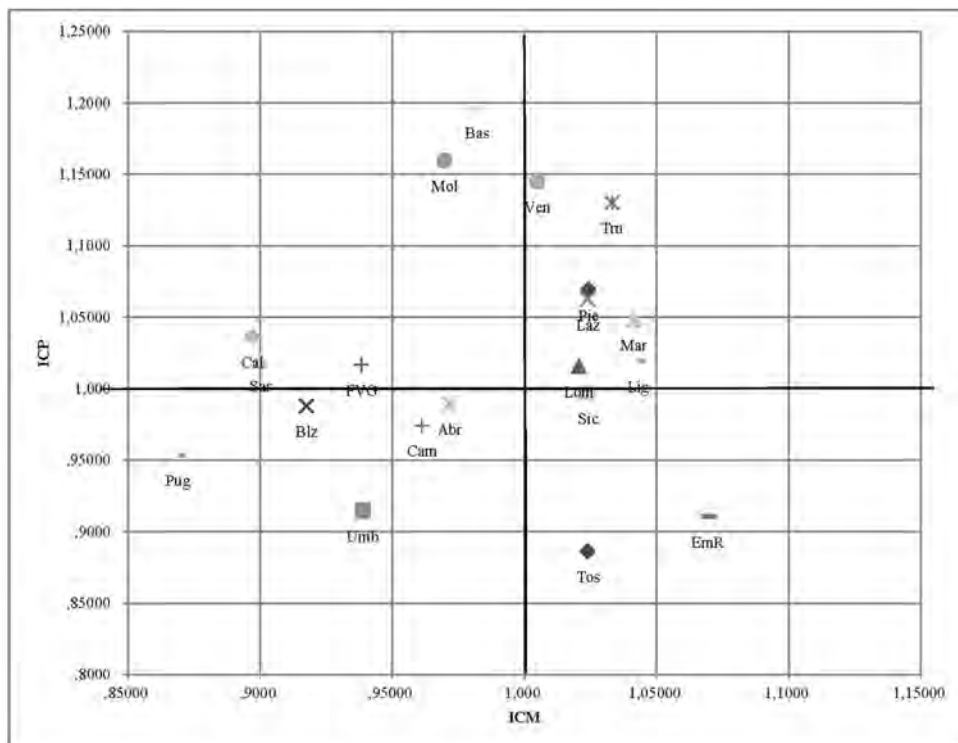
Grafico 1 - *Indice di Case-Mix ed Indice Comparativo di Performance per acuti in regime di Ricovero Ordinario (≤120 posti letto) per regione - Anno 2012*



Nota: Sono incluse le dimissioni da istituti pubblici e privati accreditati.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

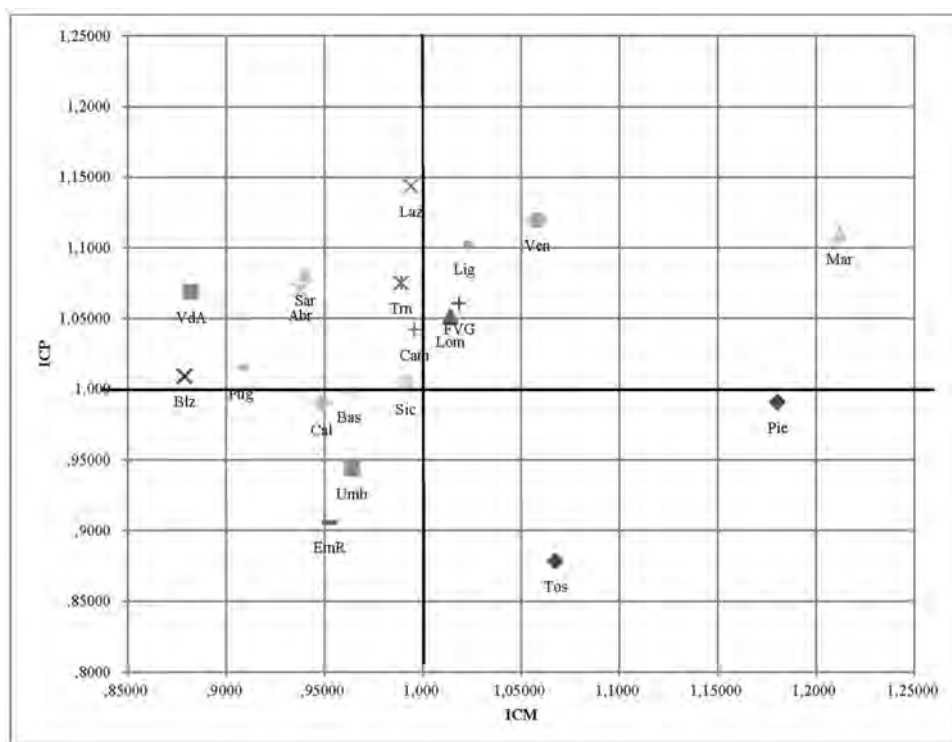
Grafico 2 - *Indice di Case-Mix ed Indice Comparativo di Performance per acuti in regime di Ricovero Ordinario (121-400 posti letto) per regione - Anno 2012*



Nota: Sono incluse le dimissioni da istituti pubblici e privati accreditati.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Grafico 3 - *Indice di Case-Mix ed Indice Comparativo di Performance per acuti in regime di Ricovero Ordinario (>400 posti letto) per regione - Anno 2012*



Nota: Sono incluse le dimissioni da istituti pubblici e privati accreditati.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le rappresentazioni sopra descritte di lettura congiunta della complessità e dell'efficienza ospedaliera sono, ovviamente, descrizioni sintetiche, ma possono

essere di ausilio per i decisori locali per perfezionare i modelli logistico-organizzativi e coniugare al meglio le politiche regionali in termini di complessità, efficienza ed economicità dell'assistenza.

Mobilità ospedaliera

Significato. L'analisi della mobilità ospedaliera prende in considerazione gli spostamenti interregionali dei pazienti per essere sottoposti a cure ed interventi chirurgici che richiedono un ricovero. Le ragioni di questi spostamenti possono essere di varia natura e non sempre immediatamente comprensibili. Le motivazioni possono, comunque, essere ricondotte alla ricerca di strutture ospedaliere di alta specialità o che notoriamente sono ritenute più specializzate di altre nel trattare determinate patologie. Si può anche rilevare una mobilità verso strutture extra-regionali, ma situate in zone limitrofe ai confini regionali e, quindi, la mobilità è giustificata dalla vicinanza geografica o maggiore facilità di accesso alle cure. Infine, la mobilità ospedaliera può essere ricondotta ai casi di pazienti che necessitano di assistenza ospedaliera e sono domiciliati in una regione diversa da quella propria di residenza.

Il fenomeno della mobilità ospedaliera di una regione esprime, quindi, la capacità di attrarre pazienti che risiedono in altre regioni. In tal caso si parla di mobilità attiva, mentre si parla di mobilità passiva quando la tendenza dei pazienti è di emigrare fuori regione. La matrice di mobilità ospedaliera, determinata dalla

regione di ricovero (per riga) e dalla regione di residenza o provenienza (per colonna), consente di calcolare gli indicatori atti a misurare l'intensità del fenomeno. Gli indicatori in questione sono l'indice di attrazione e l'indice di fuga.

Analizzando il fenomeno della mobilità emerge anche una mobilità di tipo internazionale. Questo fenomeno assume particolare rilievo considerando le indicazioni europee stilate nella Direttiva 2011/24/UE che mirano ad agevolare l'accesso ad un'assistenza sanitaria transfrontaliera sicura e di qualità nell'Unione Europea e a garantire la mobilità dei pazienti.

In questo contesto, però, ci si limita all'assistenza ospedaliera erogata in Italia a cittadini stranieri.

Le amministrazioni regionali sono particolarmente interessate al fenomeno della mobilità ospedaliera per gli effetti finanziari che da essa scaturiscono. Con il DM del 18 ottobre 2012 il Ministero della Salute ha fissato le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, riabilitazione e lungodegenza. Trattasi di tariffe omnicomprendenti degli episodi di ricovero cui le Regioni devono tener conto nell'adozione del proprio sistema tariffario.

Indice di attrazione

Numeratore	Dimissioni in mobilità attiva (pazienti residenti in altre regione)	
Denominatore	Dimissioni effettuate in regione (pazienti ovunque residenti)	$\times 100$

Indice di fuga

Numeratore	Dimissioni di residenti in regione in mobilità passiva	
Denominatore	Dimissioni di residenti in regione (ovunque ricoverati)	$\times 100$

Validità e limiti. La validità ed i limiti dell'analisi sulla mobilità ospedaliera si riferiscono nella qualità dell'informazione relativa alla regione di residenza del paziente. La qualità di questa informazione è andata migliorando nel tempo, come mostrano i dati riportati in Tabella 4.

Il fenomeno della mobilità è stato qui esaminato solo per le dimissioni ospedaliere da strutture pubbliche e private accreditate.

Limitatamente alla mobilità passiva, ossia ai ricoveri di pazienti in regioni diverse da quella propria di residenza, è stata calcolata la remunerazione teorica delle prestazioni in regime di ricovero ospedaliero. Trattasi di un importo teorico a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), stimato sulla base dell'ipotesi che ogni episodio di ricovero sia remunerato, in ogni regione, secondo le tariffe di riferimento nazionali (DM 18

ottobre 2012) e la casistica dei ricoveri sia raggruppata secondo il sistema di classificazione DRG versione 24. Pertanto, i valori riportati nelle Tabelle 5-7 non coincidono con i costi effettivamente sostenuti per l'assistenza ospedaliera. Anche per la valorizzazione delle prestazioni ospedaliere sono stati considerati i ricoveri in istituti pubblici e privati accreditati, escludendo quelli che sono senza oneri per il SSN, come è desumibile analizzando la relativa informazione contenuta nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Valore di riferimento/Benchmark. L'Accordo Stato-Regioni per il Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, all'articolo 19 dedicato alla mobilità interregionale stabilisce che le Regioni individuino adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanita-

ria. Detti accordi dovrebbero prevenire fenomeni distorsivi indotti dalle differenze tariffarie adottate dalle regioni e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale. Le regioni dovrebbero anche definire collaborazioni interregionali tali da conseguire un miglioramento dei risultati organizzativi rispetto a quelli che si avrebbero se ci si limitasse ad una scala organizzativa ristretta al proprio ambito territoriale. Infine, dovrebbero essere individuati meccanismi di controllo su eventuali comportamenti opportunistici di alcuni soggetti del sistema definendo tetti di attività condivisi e funzionali al governo complessivo della domanda.

Descrizione dei risultati

Le tabelle che seguono presentano l'entità della mobilità per regione in termini di numerosità delle dimissioni e relativi indici di attrazione e fuga. L'analisi viene presentata per tipo di attività e regime di ricovero, nel corso del decennio 2002-2012.

La mobilità dei ricoveri per acuti in regime di Ricovero Ordinario (RO) presenta, complessivamente, un trend decrescente nei valori assoluti: si passa da 606.192 dimissioni in mobilità nel 2002 a 575.678 nel 2007 e 505.675 nel 2012. I relativi valori percentuali, rispetto alla totalità delle dimissioni per acuti in RO, presentano, invece, un trend leggermente crescente: 6,9% nel 2002, 7,4% nel 2007 e 7,5% nel 2012.

Tutte le regioni meridionali ed insulari presentano un saldo negativo dei ricoveri in mobilità, ossia si rileva un'eccedenza delle emigrazioni, con la sola eccezione del Molise. Tra queste, nel 2012, spicca il saldo negativo della Campania. Anche tra le regioni del Nord ci sono quelle con saldo negativo come Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria e PA di Trento.

Consistenti saldi positivi si rilevano per Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana (Tabella 1).

Il numero complessivo delle dimissioni in mobilità per acuti in regime di Day Hospital (DH) presenta i seguenti valori assoluti: 198.662 dimissioni nel 2002, 236.422 nel 2007 e 195.771 nel 2012. I relativi valori percentuali, sulla totalità delle dimissioni per acuti in regime diurno, assumono i seguenti valori crescenti 6,1% nel 2002, 6,7% nel 2007 e 7,8% nel 2012.

Anche in questo caso le regioni meridionali ed insulari presentano saldi negativi dei ricoveri diurni per acuti, con la sola eccezione del Molise. I più accentuati saldi negativi nel 2012 si registrano in Campania e Calabria. I saldi positivi più elevati si rilevano, invece, nel Lazio, Emilia-Romagna e Toscana e con un certo distacco seguono Friuli Venezia Giulia, Liguria e Lombardia (Tabella 2).

La mobilità complessiva delle dimissioni da reparti di riabilitazione in regime di DH presenta i seguenti valori assoluti: 39.943 nel 2002, 47.042 nel 2007 e 45.987 nel 2012. I relativi valori percentuali sulla totalità delle dimissioni per riabilitazione in regime di DH sono

16,1% nel 2002 e 2007 e 14,8% nel 2012.

Nel 2012, i saldi positivi più elevati si rilevano in Lombardia e a seguire Emilia-Romagna, mentre le regioni meridionali ed insulari presentano saldi negativi, in particolare in Campania, Sicilia e Calabria. Le sole eccezioni di saldi positivi, anche se di modesta entità, tra le regioni meridionali si registrano in Abruzzo e Molise (Tabella 3).

La Tabella 4 presenta la distribuzione assoluta per regione dei ricoveri di pazienti residenti all'estero e la distribuzione delle SDO con codice errato della regione di residenza del paziente. Sono state qui considerate tutte le dimissioni da reparti per acuti, riabilitazione e nati sani (per i nati sani nella SDO va indicata la residenza della madre). I dati mostrano una riduzione negli ultimi 5 anni del numero assoluto delle dimissioni ospedaliere di pazienti residenti all'estero. La regolarizzazione nel tempo dei permessi di soggiorno, degli stranieri presenti da lungo periodo in Italia, può forse spiegare la diminuzione osservata delle dimissioni ospedaliere dei residenti all'estero.

Si osserva come le dimissioni ospedaliere di questi pazienti non siano uniformemente distribuite sul territorio nazionale: in termini assoluti il numero più elevato è in Lombardia, seppure il valore sia drasticamente diminuito nel periodo considerato.

I dati disponibili consentirebbero anche di stabilire l'esatta provenienza geografica dei residenti all'estero e, quindi, se di provenienza da Paesi dell'Unione Europea o extra Europea. A tal riguardo si rimanda a trattazioni specifiche sull'argomento.

Si osserva, inoltre, un sensibile miglioramento nel tempo della qualità relativa all'informazione sulla residenza del paziente come mostra la distribuzione dei valori assoluti degli errori nel decennio esaminato.

Limitatamente al 2012, la Tabella 5 e la Tabella 6 presentano la distribuzione per regione della remunerazione teorica dei ricoveri in regime di RO e DH in mobilità passiva, rispettivamente per acuti e complessivamente per post-acuti.

La distribuzione tiene anche conto della tipologia di struttura ospedaliera in cui è avvenuto il ricovero. Si distinguono, pertanto, le strutture in pubbliche e private accreditate.

Tra gli istituti pubblici vi è un primo gruppo costituito da Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie e Policlinici pubblici, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici e fondazioni pubbliche ed un secondo gruppo costituito dagli ospedali a gestione diretta.

Anche tra gli istituti privati accreditati si distinguono due gruppi: il primo costituito da Policlinici privati, IRCCS privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi ASL ed Enti di ricerca ed il secondo gruppo costituito dalle sole case di cura private accreditate. La remunerazione teorica è calcolata applicando le tariffe di riferimento nazionali (DM del 18 ottobre

2012) a ciascun episodio di ricovero, classificato secondo il sistema di classificazione DRG versione 24. La remunerazione teorica complessiva dei ricoveri in mobilità passiva per acuti è di circa 2,266 miliardi di euro.

Le regioni che presentano remunerazioni più elevate sono la Campania (circa 255 milioni di euro) ed il Lazio (oltre 204 milioni di euro) (Tabella 5).

La remunerazione teorica complessiva dei ricoveri in mobilità passiva per post-acuti è di circa 288 milioni di euro. In questo caso è la Lombardia a detenere il primato della distribuzione con una valorizzazione teorica di oltre 53 milioni di euro. Seguono Campania (oltre 26 milioni di euro) e Piemonte (oltre 21 milioni di euro) (Tabella 6).

La Tabella 7 riporta il numero delle dimissioni ospedaliere nel 2012 di due strutture ospedaliere presenti nel Lazio, ma con giurisdizione extraterritoriale. Si tratta dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG), definito Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di pertinenza dello Stato estero Città del Vaticano e l'Ospedale San Giovanni Battista (ACISMOM), definito Ospedale classificato o assimilato ai sensi dell'art. 1, ultimo comma, della Legge 132/1968, appartenente all'Ordine Sovrano dei Cavalieri di Malta.

Le dimissioni ospedaliere da queste strutture di ricovero sono tutte da considerare in mobilità passiva, anche

se di pazienti residenti nel Lazio.

L'Ospedale ACISMOM svolge esclusivamente attività riabilitativa, mentre l'OPBG ha prevalentemente dimissioni da reparti per acuti, dove effettua ricoveri sia in regime ordinario che diurno, ma svolge anche attività riabilitative in entrambe le modalità di ricovero. La Tabella 7 riporta, pertanto, il numero complessivo di dimissioni da reparti per acuti e di riabilitazione: solo il 38% delle dimissioni per riabilitazione provengono dall'Ospedale ACISMOM ed il restante 62% dall'OPBG. Inoltre, la tabella riporta la valorizzazione economica teorica delle dimissioni da queste due strutture ospedaliere ed i valori riportati non sono presenti nelle Tabella 5 e Tabella 6.

Complessivamente, da queste due strutture ospedaliere sono stati dimessi 99,480 pazienti e la valorizzazione economica di questi ricoveri è di circa 135 milioni di euro.

Il 74,7% delle dimissioni da queste strutture sono di pazienti residenti nel Lazio, il 20,7% sono le dimissioni di pazienti residenti nelle regioni meridionali ed insulari ed il 4,5% di residenti nelle restanti regioni del Centro-Nord. Per quanto riguarda la valorizzazione economica di queste dimissioni, il 67,2% dell'intero importo è da attribuire al Lazio, il 26,4% alle regioni meridionali ed insulari ed il restante 6,4% alle regioni centro settentrionali, con esclusione del Lazio.

Tabella 1 - Indice di attrazione e fuga (valori assoluti e valori percentuali) e saldo (valori assoluti) di dimissioni ospedaliere per acuti in regime di Ricovero Ordinario per regione - Anni 2002, 2007, 2012

Regioni	2002			2007			2012								
	Attrazione	Fuga	Saldo	Attrazione	Fuga	Saldo	Attrazione	Fuga	Saldo						
Piemonte	30.291	6,3	42.652	8,6	-12.361	28.600	6,3	37.330	8	-8.730	26.382	5,6	31.735	6,7	-5.353
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1.374	9,7	3.370	20,8	-1.996	1.557	10,7	3.463	21,1	-1.906	1.601	10,6	2.958	18	-1.357
Lombardia	121.536	8,6	50.873	3,8	70.663	116.013	8,9	48.374	3,9	67.639	106.259	9	40.597	3,6	65.662
Bolzano-Bozen	5.930	7,1	3.365	4,1	2.565	5.425	7,6	3.105	4,5	2.320	4.278	6,7	2.479	4	1.799
Trento	5.623	9,3	10.660	16,3	-5.037	5.259	10	10.151	17,6	-4.892	4.465	8,8	7.744	14,4	-3.279
Veneto	49.267	8	28.183	4,7	21.084	45.356	8,2	30.360	5,7	14.996	34.022	7,2	29.856	6,4	4.166
Friuli Venezia Giulia	13.514	8,4	10.594	6,7	2.920	12.561	8,3	9.345	6,3	3.216	12.566	8,9	7.747	5,6	4.819
Liguria	28.374	11,4	25.969	10,5	2.405	22.012	10,8	24.457	11,8	-2.445	17.592	9,9	25.614	13,9	-8.022
Emilia-Romagna	69.576	11,9	33.671	6,1	35.905	80.066	13,6	33.916	6,3	46.150	75.880	13,6	29.158	5,7	46.722
Toscana	46.578	9,5	25.986	5,5	20.592	42.647	10,2	25.598	6,4	17.049	47.989	11,2	22.975	5,7	25.014
Umbria	19.409	15,7	11.921	10,3	7.488	15.680	14	12.906	11,8	2.774	17.236	14,7	12.374	11	4.862
Marche	19.209	8,7	21.084	9,5	-1.875	17.561	8,9	22.677	11,2	-5.116	17.734	10,1	20.481	11,4	-2.747
Lazio	65.101	8,1	52.353	6,6	12.748	66.897	8,9	50.179	6,8	16.718	48.824	7,8	46.552	7,5	2.272
Abruzzo	29.546	11,1	23.759	9,1	5.787	28.148	13,3	25.126	12,1	3.022	16.588	11,1	24.815	15,8	-8.227
Molise	14.298	22,5	12.363	20,1	1.935	15.263	26,1	10.248	19,2	5.015	10.825	26,8	8.499	22,3	2.326
Campania	19.074	2,2	71.871	7,9	-52.797	18.098	2,3	64.166	7,7	-46.068	15.938	2,6	53.404	8,2	-37.466
Puglia	32.412	4,5	45.040	6,1	-12.628	23.138	3,7	46.728	7,3	-23.590	19.918	4	39.641	7,6	-19.723
Basilicata	8.424	10,3	23.391	24,2	-14.967	8.349	13,2	17.590	24,3	-9.241	9.377	16,6	14.445	23,5	-5.068
Calabria	11.137	3,5	46.796	13,2	-35.659	7.838	3,1	45.275	15,6	-37.437	5.046	2,8	39.265	18,3	-34.219
Sicilia	11.454	1,3	51.734	5,8	-40.280	11.223	1,7	42.669	6,2	-31.446	9.546	1,8	34.688	6,3	-25.142
Sardegna	4.065	1,6	10.557	4	-6.492	3.987	1,8	12.015	5,2	-8.028	3.609	1,9	10.648	5,3	-7.039
Italia			606.192 (6,9)					575.678 (7,4)					505.675 (7,5)		

Nota: Sono state considerate le dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate.

Fonte dei dati: Ministero della Salute, SDO, Anno 2013.

Tabella 2 - Indice di attrazione e fuga (valori assoluti e valori percentuali) e saldo (valori assoluti) di dimissioni ospedaliere per acuti in regime di Day Hospital per regione - Anni 2002, 2007, 2012

Regioni	2002			2007			2012								
	Attrazione	Fuga	Saldo	Attrazione	Fuga	Saldo	Attrazione	Fuga	Saldo						
Piemonte	11.383	4,9	17.726	7,4	-6.343	14.084	5,1	15.222	5,5	-1.138	7.455	4,7	10.981	6,7	-3.526
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	462	7,5	1.292	18,4	-830	376	6,0	1.447	19,8	-1.071	546	8,2	854	12,2	-308
Lombardia	40.049	7,3	16.783	3,2	23.266	34.513	7,8	18.960	4,4	15.553	20.659	9,3	14.831	6,9	5.828
Bolzano-Bozen	1.624	11,0	1.087	7,6	537	2.140	8,3	1.116	4,5	1.024	1.730	8,7	1.027	5,4	703
Trento	1.404	7,4	4.028	18,6	-2.624	1.938	7,5	4.210	15,0	-2.272	1.783	6,2	3.505	11,5	-1.722
Veneto	18.192	6,9	10.209	4,0	7.983	18.305	8,3	14.140	6,6	4.165	15.002	9,8	15.013	9,8	-11
Friuli Venezia Giulia	4.933	10,2	3.949	8,4	984	7.019	14,9	4.766	10,7	2.253	9.781	18,8	3.363	7,4	6.418
Liguria	12.86	9,3	10.586	7,8	2.278	15.844	10,7	13.551	9,3	2.293	14.760	13,7	8.769	8,6	5.991
Emilia-Romagna	22.901	9,4	12.188	5,2	10.713	24.734	12,6	14.055	7,6	10.679	22.273	12,5	10.228	6,2	12.045
Toscana	18.613	9,5	9.718	5,2	8.895	25.015	12,4	11.390	6,1	13.625	19.066	13,8	9.765	7,6	9.301
Umbria	8.638	14,6	4.621	8,4	4.017	9.141	16,9	6.723	13,0	2.418	4.960	18,0	5.810	20,5	-850
Marche	5.268	7,9	9.395	13,2	-4.127	7.775	10,4	8.414	11,2	-639	5.581	10,4	6.659	12,2	-1.078
Lazio	21.906	6,5	17.143	5,2	4.763	32.819	8,9	20.915	5,8	11.904	35.211	10,8	16.882	5,5	18.329
Abruzzo	7.496	9,6	7.390	9,5	106	8.907	11,6	10.754	13,7	-1.847	7.616	13,2	11.136	18,2	-3.520
Molise	1.144	18,3	3.463	40,4	-2.319	5.476	25,0	4.126	20,1	1.350	5.237	26,2	3.931	21,1	1.306
Campania	5.978	2,1	17.497	6,0	-11.519	7.474	1,8	24.804	5,8	-17.330	8.074	2,1	22.488	5,7	-14.414
Puglia	3.020	2,6	13.415	10,7	-10.395	4.401	2,2	18.010	8,4	-13.609	4.454	2,8	14.301	8,6	-9.847
Basilicata	4.083	13,6	5.570	17,6	-1.487	5.755	13,9	6.895	16,3	-1.140	3.925	18,0	5.986	25,1	-2.061
Calabria	2.631	2,8	15.241	14,2	-12.610	2.206	1,9	19.376	14,5	-17.170	1.850	2,5	16.165	18,1	-14.315
Sicilia	5.312	1,4	14.135	3,5	-8.823	7.824	1,6	13.569	2,7	-5.745	5.164	2,0	10.747	4,1	-5.583
Sardegna	761	0,7	3.226	3,0	-2.465	676	0,7	3.979	4,2	-3.303	644	0,8	3.330	4,2	-2.686
Italia			198.662 (6,1)					236.422 (6,7)					195.771 (7,8)		

Nota: Sono state considerate le dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate.

Fonte dei dati: Ministero della Salute, SDO, Anno 2013.

Tabella 3 - Indice di attrazione e fuga (valori assoluti e valori percentuali) e saldo (valori assoluti) di dimissioni ospedaliere per riabilitazione in regime di Day Hospital per regione - Anni 2002, 2007, 2012

Regioni	2002			2007			2012								
	Attrazione	Fuga	Saldo	Attrazione	Fuga	Saldo	Attrazione	Fuga	Saldo						
Piemonte	5.788	21,2	3.415	13,7	2.373	5.946	18,6	4.169	13,8	1.777	6.031	16,3	3.383	9,8	2.648
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0	0	312	100,0	-312	0	0	439	100,0	-439	143	20,5	318	36,5	-175
Lombardia	13.131	15,7	6.094	7,9	7.037	14.504	15,4	6.281	7,3	8.223	13.655	14,4	7.334	8,3	6.321
Bolzano-Bozen	56	3,6	213	12,4	-157	126	5,1	203	7,9	-77	159	6,1	222	8,3	-63
Trento	2.330	39,4	773	17,7	1.557	2.419	39,3	623	14,3	1.796	1.834	33,0	819	18,0	1.015
Veneto	3.000	14,4	2.624	12,8	376	2.944	13,0	3.269	14,3	-325	3.900	16,3	2.686	11,8	1.214
Friuli Venezia Giulia	249	7,4	634	16,9	-385	140	5,2	825	24,3	-685	134	5,2	1.042	29,7	-908
Liguria	1.168	22,6	2.743	40,6	-1.575	1.795	18,3	3.401	29,8	-1.606	1.183	11,2	3.394	26,6	-2.211
Emilia-Romagna	4.629	34,6	2.533	22,4	2.096	7.702	44,7	2.770	22,5	4.932	8.787	41,4	2.838	18,6	5.949
Toscana	1.020	11,8	1.536	16,8	-516	1.534	14,2	1.920	17,2	-386	1.699	15,4	1.741	15,7	-42
Umbria	555	28,7	599	30,3	-44	759	27,6	882	30,7	-123	1.057	28,1	1.018	27,4	39
Marche	171	8,3	1.369	42,1	-1.198	574	17,5	1.645	37,9	-1.071	928	23,1	1.363	30,6	-435
Lazio	2.912	10,4	2.447	8,9	465	2.735	8,6	2.659	8,4	76	2.385	8,2	2.888	9,8	-503
Abruzzo	2.925	22,6	747	6,9	2.178	3.357	26,9	914	9,1	2.443	1.457	21,2	1.343	19,9	114
Molise	487	49,5	717	59,1	-230	805	39,6	940	43,3	-135	628	38,5	522	34,3	106
Campania	554	4,3	3.099	20,2	-2.545	440	3,7	3.763	24,5	-3.323	294	2,5	4.016	26,2	-3.722
Puglia	498	7,0	2.822	30,0	-2.324	674	4,5	3.864	21,1	-3.190	1.104	5,0	3.140	13,0	-2.036
Basilicata	147	30,1	912	72,7	-765	204	17,7	1.077	53,2	-873	202	12,8	1.240	47,5	-1.038
Calabria	163	3,1	2.604	34,0	-2.441	123	2,8	2.826	39,8	-2.703	117	2,5	2.787	37,9	-2.670
Sicilia	151	2,6	3.062	34,8	-2.911	253	2,9	3.734	30,3	-3.481	274	1,9	3.146	18,4	-2.872
Sardegna	9	3,0	688	70,1	-679	8	1,0	838	52,5	-830	16	0,7	747	24,7	-731
Italia			39.943 (16,1)			47.042 (16,1)					45.987 (14,8)				

Nota: Sono state considerate le dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate.

Fonte dei dati: Ministero della Salute, SDO, Anno 2013.

Tabella 4 - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti) di pazienti residenti all'estero, nati sani e codice di residenza errato per regione - Anni 2002, 2007, 2012

Regioni	2002			2007			2012		
	Residenti all'estero	Nati sani	Codice residenza errato	Residenti all'estero	Nati sani	Codice residenza errato	Residenti all'estero	Nati sani	Codice residenza errato
Piemonte	8.853	333	0	8.092	324	99	4.831	112	6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	261	2	2	338	9	2	276	3	0
Lombardia	23.773	412	0	22.499	472	500	13.621	256	29
<i>Bozano-Bozen</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>3.777</i>	<i>13</i>	<i>33</i>	<i>2.888</i>	<i>35</i>	<i>37</i>
<i>Trento</i>	<i>1.305</i>	<i>29</i>	<i>38</i>	<i>1.509</i>	<i>28</i>	<i>41</i>	<i>1.164</i>	<i>13</i>	<i>11</i>
Veneto	6.230	330	2.139	7.152	204	765	5.401	139	7
Friuli Venezia Giulia	1.600	15	88	2.006	20	129	1.750	11	4
Liguria	3.998	84	1.126	4.169	60	406	3.205	35	22
Emilia-Romagna	9.125	284	0	10.638	321	0	7.316	176	0
Toscana	11.000	471	19	10.020	584	292	8.182	1.032	16
Umbria	2.335	45	40	1.802	34	33	1.261	7	0
Marche	1.811	27	0	1.777	23	0	1.127	11	0
Lazio	8.926	326	1	10.061	684	130	8.610	407	0
Abruzzo	628	1	285	1.043	8	235	576	6	0
Molise	191	1	4	369	2	7	250	2	3
Campania	5.293	198	410	8.040	134	249	6.520	216	0
Puglia	2.684	24	51	3.227	17	46	4.108	33	20
Basilicata	218	2	2	285	-	18	96	1	1
Calabria	1.327	5	26	1.680	33	63	2.005	83	8
Sicilia	2.632	38	196	3.605	51	232	4.647	169	3
Sardegna	919	6	0	1.348	30	0	1.156	27	0
Italia	93.109	2.633	4.427	103.437	3.051	3.280	78.990	2.774	167

Nota: Sono state considerate le dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Tabella 5 - Remunerazione teorica (valori in €) dei ricoveri in mobilità passiva per acuti per tipologia di istituto, regime di ricovero e regione - Anno 2012

Regioni	AO, AOU e Policlinici pubblici, IRCS pubblici e fondazioni pubbliche				Istituti pubblici				Istituti privati accreditati				Totale Istituti privati accreditati	Totale Istituti privati accreditati
	AO, AOU e Policlinici pubblici, IRCS pubblici e fondazioni pubbliche		Istituti pubblici		Istituti privati, IRCS privati e fondazioni private.		Istituti privati accreditati		Case di cura private accreditate		Totale Istituti privati accreditati			
	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH				
Piemonte	50.035.199	5.099.554	21.792.502	2.978.248	79.905.503	30.750.154	2.515.913	18.291.808	1.067.680	52.625.555	132.531.057			
Valle d'Aosta	6.723.454	424.762	1.762.463	303.054	9.213.733	1.279.519	103.206	3.737.715	171.973	5.292.412	14.506.145			
Lombardia	49.284.831	6.363.787	58.418.412	6.434.511	120.501.541	17.635.462	2.246.849	21.531.720	3.390.654	44.804.685	165.306.226			
Bolzano-Bozen	6.377.654	241.071	3.959.320	533.880	11.111.926	1.926.251	181.511	1.339.186	280.280	3.727.229	14.839.155			
Trento	9.818.595	943.359	12.504.045	1.767.350	25.033.349	7.282.142	1.350.678	3.016.558	549.436	12.198.814	37.232.163			
Veneto	54.464.255	10.694.422	20.805.367	2.574.272	88.538.316	8.315.599	494.854	31.224.979	7.961.613	47.997.045	136.535.361			
Friuli Venezia Giulia	11.220.204	992.727	9.174.021	1.451.869	22.838.820	6.936.775	870.089	7.819.438	1.250.070	16.876.371	39.715.191			
Liguria	34.314.513	3.015.962	20.036.265	2.849.512	60.216.252	22.472.934	1.007.811	29.114.933	4.556.171	57.151.849	117.368.102			
Emilia-Romagna	46.101.088	4.253.263	17.364.414	2.127.587	69.846.351	23.328.037	1.621.661	27.730.423	3.073.522	55.753.643	125.599.994			
Toscana	31.733.421	2.952.933	20.593.915	3.241.868	58.522.137	13.551.378	981.433	24.146.842	5.528.472	44.208.124	102.730.261			
Umbria	16.686.034	1.427.236	8.770.342	1.214.614	28.098.225	6.740.786	764.126	17.021.324	1.080.574	25.606.809	53.705.035			
Marche	24.295.994	2.123.384	18.323.857	3.479.874	48.223.110	8.467.011	601.851	30.683.430	1.985.498	41.737.790	89.960.901			
Lazio	58.984.981	5.602.092	49.307.714	7.259.615	121.154.402	17.681.796	1.112.036	58.307.187	6.039.096	83.140.116	204.294.518			
Abruzzo	31.953.644	2.745.783	17.291.899	2.701.280	54.692.606	17.592.615	1.457.414	30.356.627	4.101.968	53.508.623	108.201.229			
Molise	7.804.200	951.851	12.055.154	1.731.025	22.542.230	6.409.246	564.506	8.374.002	501.177	15.848.932	38.391.163			
Campania	93.434.453	8.679.498	35.135.807	4.324.063	141.573.821	64.961.704	4.528.537	40.693.810	3.167.445	113.351.496	254.925.317			
Puglia	66.245.954	5.950.881	27.248.305	3.590.097	103.035.236	33.493.442	2.142.272	39.091.813	1.981.819	76.709.347	179.744.583			
Basilicata	19.168.094	2.074.196	7.979.080	1.300.429	30.521.799	12.950.987	1.248.395	17.178.200	794.835	32.172.417	62.694.216			
Calabria	71.229.217	6.470.742	19.678.329	2.632.005	100.010.294	34.336.411	2.644.837	38.688.554	2.784.588	78.454.390	178.464.683			
Sicilia	69.898.860	5.450.531	17.633.057	2.091.516	95.073.963	33.557.089	1.823.529	28.820.636	1.189.207	65.390.461	160.464.425			
Sardegna	21.019.407	1.555.537	4.711.053	736.239	28.022.235	11.163.215	605.422	8.594.937	414.250	20.777.825	48.800.060			
Italia	780.794.051	78.013.571	404.545.322	55.322.906	1.318.675.850	380.832.555	28.866.929	485.764.123	51.870.327	947.333.934	2.266.009.785			

Fonte dei dati: Ministero della Salute, SDO, Anno 2013.

Tabella 6 - Remunerazione teorica (valori in €) dei ricoveri in mobilità passiva per post-acuzie per tipologia di istituto, regime di ricovero e regione - Anno 2012

Regioni	AO, AOU e Policlinici pubblici, IRCS pubblici e fondazioni pubbliche				Istituti pubblici				Istituti privati accreditati				Totale Istituti privati accreditati	Totale Istituti privati accreditati
	AO, AOU e Policlinici pubblici, IRCS pubblici e fondazioni pubbliche		Istituti pubblici		Istituti privati accreditati		Istituti privati accreditati		Istituti privati accreditati		Istituti privati accreditati			
	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH		
Piemonte	1.366.688	24.630	1.277.740	64.405	2.733.463	6.758.653	44.731	11.619.505	331.051	18.753.940	21.487.402			
Valle d'Aosta	46.698	2.432	135.734	8.945	193.808	707.187	21.815	828.593	3.927	1.755.330	1.755.330			
Lombardia	756.118	146.072	3.981.954	112.839	4.996.984	14.212.939	46.177	33.676.529	596.330	48.531.974	53.528.958			
Bolzano-Bozen	60.015	0	247.125	12.265	319.406	266.820	7.417	615.871	28.021	918.130	1.237.535			
Trento	237.876	6.748	1.009.743	97.895	1.352.263	909.237	6.755	2.229.334	42.149	3.187.475	4.539.737			
Veneto	1.666.893	275.776	1.206.777	90.459	3.239.905	1.659.382	14.381	10.572.456	48.630	12.294.848	15.534.752			
Friuli Venezia Giulia	175.566	3.245	321.022	20.955	520.788	2.567.725	265.375	2.473.944	83.244	5.390.288	5.911.076			
Liguria	660.929	18.786	1.013.286	33.362	1.726.362	6.743.497	78.963	9.556.644	195.491	16.574.595	18.300.957			
Emilia-Romagna	1.366.933	46.653	1.702.264	92.941	3.208.790	5.148.738	32.280	6.965.589	208.219	12.354.826	15.563.616			
Toscana	787.054	38.837	2.686.323	196.425	3.708.638	2.482.778	101.846	6.079.680	206.214	8.870.519	12.579.157			
Umbria	202.951	14.200	659.703	68.175	945.029	1.143.913	106.403	2.908.329	22.325	4.180.971	5.125.999			
Marche	972.692	35.795	1.065.254	164.579	2.238.320	1.120.325	54.396	5.276.641	154.269	6.605.631	8.843.951			
Lazio	637.601	56.623	4.285.446	158.444	5.138.114	3.248.439	59.327	7.677.201	124.320	11.109.287	16.247.401			
Abruzzo	575.942	43.414	938.732	36.594	1.594.682	2.214.287	127.812	5.144.610	79.195	7.565.904	9.160.586			
Molise	161.091	9.685	357.132	5.245	533.154	487.106	23.901	2.146.082	33.168	2.690.258	3.223.411			
Campania	2.368.634	129.126	3.544.338	159.554	6.201.651	8.253.012	304.174	11.830.728	191.185	20.579.099	26.780.750			
Puglia	1.936.652	72.087	2.628.616	96.254	4.733.611	4.174.313	185.974	9.397.931	167.144	13.925.361	18.658.971			
Basilicata	450.162	30.884	824.731	19.724	1.325.500	2.219.590	88.556	4.335.894	41.951	6.685.991	8.011.491			
Calabria	1.617.094	55.740	1.859.912	59.873	3.592.620	5.305.633	86.807	7.618.727	101.462	13.112.629	16.705.249			
Sicilia	2.190.248	72.441	2.102.014	90.111	4.454.815	6.828.326	181.670	8.086.036	192.434	15.288.465	19.743.280			
Sardegna	587.424	23.101	531.543	45.790	1.187.858	1.292.963	20.079	2.145.388	69.520	3.527.950	4.715.808			
Italia	18.825.261	1.106.274	32.379.390	1.634.833	53.945.759	77.744.862	1.858.838	151.185.713	2.920.249	233.709.662	287.655.421			

Fonte dei dati: Ministero della Salute, SDO, Anno 2013.

Tabella 7 - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti) da strutture extraterritoriali (Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e Ospedale San Giovanni Battista) e remunerazione teorica (valori in €) per regime di ricovero e regione di residenza - Anno 2012

Regioni	Dimissioni RO e DH	Acuti	Remune-	Riabilitazione			Totale	
		Remune- razione teorica RO	razione teorica DH	Dimissioni	Remune- razione teorica RO	Remune- razione teorica DH	Dimissioni	Remune- razione teorica RO e DH
Piemonte	126	184.966	51.548	5	16.635	646	131	253.795
Valle d'Aosta	1	2.560	0	1	16.089	0	2	18.650
Lombardia	365	871.035	99.520	16	35.027	11.809	381	1.017.391
Bolzano-Bozen	6	0	2.335	2	11.726	436	8	14.497
Trento	9	10.509	3.727	0	0	0	9	14.235
Veneto	155	364.614	45.941	8	8.181	7.574	163	426.310
Friuli Venezia Giulia	41	101.969	4.075	1	0	162	42	106.205
Liguria	60	98.450	11.419	3	11.726	218	63	121.813
Emilia-Romagna	288	382.851	54.351	15	5.434	6.373	303	449.009
Toscana	531	873.061	97.278	38	110.591	27.654	569	1.108.584
Umbria	2.088	2.976.503	527.909	113	115.474	45.414	2.201	3.665.300
Marche	597	1.098.466	133.429	53	163.449	21.004	650	1.416.348
Lazio	69.159	51.652.047	16.893.696	5.182	18.856.020	3.445.200	74.341	90.846.963
Abruzzo	2.661	3.169.697	675.461	137	367.840	52.668	2.798	4.265.665
Molise	947	1.122.042	238.770	44	161.227	6.359	991	1.528.398
Campania	6.148	7.378.177	1.399.803	511	820.708	140.681	6.659	9.739.370
Puglia	3.361	5.603.979	773.470	183	690.978	52.866	3.544	7.121.293
Basilicata	950	1.714.678	218.470	38	167.973	13.109	988	2.114.230
Calabria	3.020	4.683.876	620.091	157	460.946	59.069	3.177	5.823.982
Sicilia	1.558	2.792.272	378.174	150	395.904	47.260	1.708	3.613.610
Sardegna	704	1.172.972	162.475	48	105.549	21.396	752	1.462.392
Italia	92.775	86.254.723	22.391.940	6.705	22.521.478	3.959.899	99.480	135.128.041

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

La mobilità passiva può costituire un costo rilevante per le regioni che subiscono questo tipo di mobilità. Pertanto, è importante che ciascuna regione valuti attentamente i motivi che spingono i pazienti a cerca-

re prestazioni di assistenza ospedaliera al di fuori di quella propria di residenza. Un'analisi attenta può essere di stimolo ad avviare azioni migliorative sulla qualità delle prestazioni ospedaliere erogate nel proprio ambito territoriale.

Mobilità sanitaria

Prof. Nicola Nante, Dott. Gabriele Messina, Dott.ssa Gabriella Prisco, Prof. Fulvio Moirano

Introduzione e Metodi

La mobilità sanitaria, ovvero i flussi di pazienti che usufruiscono di servizi/prestazioni presso strutture, per lo più ospedaliere, al di fuori della propria area di residenza, ha importanza sia per i presumibili guadagni di salute sia dal punto di vista economico, poiché ad essa conseguono ingenti trasferimenti monetari. Lo studio di questo fenomeno è utile alla programmazione perché individua carenze e squilibri quali-quantitativi nell'offerta assistenziale (1).

L'argomento è di grande attualità, anche in ambito internazionale, stante l'entrata in vigore, proprio in questi giorni, della Direttiva Europea 2011/24 sull'assistenza sanitaria transfrontaliera, che promuove la libera circolazione di pazienti tra gli Stati membri della Comunità Europea (2).

L'analisi dei flussi migratori tra le regioni, in una situazione di "quasi-mercato" (quale quella creata con il D. Lgs. n. 502/92) e di "federalismo sanitario" per gli effetti della riforma del titolo V della nostra Costituzione varata nel 2001, può fornire indicazioni sulla qualità di *health policy* delle diverse regioni (e PA). Il sistema sanitario italiano può, inoltre, essere assunto come microcosmico banco di prova, in qualche modo predittivo delle possibili dinamiche su scala continentale della mobilità dei pazienti indotta dalla suddetta Direttiva Europea.

Nel Rapporto Osservasalute 2005, abbiamo già dettagliatamente descritto lo strumento grafico cartesiano ("Nomogramma di Gandy"-NdG) utilizzato per le nostre ricerche (3, 4). In esso, come noto, viene descritto un gradiente di qualità che parte dal punto in basso a destra (massimi valori di "fughe", minimi valori di "attrazioni") e va verso l'alto a sinistra (massime percentuali di "attrazioni", minime di "fughe").

In particolare, nel quadrante superiore destro del NdG (Grafico 2) dovrebbe collocarsi tipicamente l'ospedale zonale o la rete ospedaliera regionale, in quanto istituzionalmente vocati al soddisfacimento dei bisogni dei residenti nell'area di competenza; infatti, i ricoveri dei residenti superano sia quelli delle fughe che quelli delle attrazioni. La diagonale lo divide in due aree; nella superiore (emiquadrante di massima qualità) le fughe sono inferiori alle attrazioni (Fughe < Attrazioni < Dimissioni ospedaliere della popolazione residente), nell'inferiore le attrazioni sono inferiori alle fughe (Attrazioni < Fughe < Dimissioni ospedaliere di residenti).

Vengono qui riportati i trend della mobilità ospedaliera interregionale osservati nel periodo 1998-2011, elaborati dai flussi dei dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (ricoveri in Regime Ordinario e Day Hospital) ministeriali disponibili.

Risultati

Il numero medio dei ricoveri annuali nel periodo 1998-2011 è stato di 11.424.319 (range da 12.032.416 nel 2001 a 9.732.988 nel 2011). La diminuzione è risultata costante e significativa ($p < 0,05$).

I ricoveri in mobilità sono stati in media 793.301 all'anno, rappresentando circa il 7% dei ricoveri totali.

Nel Grafico 1 sono riportati i saldi, cioè le differenze tra i valori di mobilità attiva e passiva nel periodo di studio per le diverse regioni. Il miglior saldo attivo appare essere quello della Lombardia, seguito dall'Emilia-Romagna, dalla Toscana, dal Lazio e dal Veneto. Il peggior saldo passivo appare essere quello della Campania, seguito dalla Calabria, dalla Sicilia e dalla Puglia.

Nel Grafico 2 sono riportati, in una sezione zoomata del II quadrante del NdG, per ciascuna regione, i vettori somma degli spostamenti.

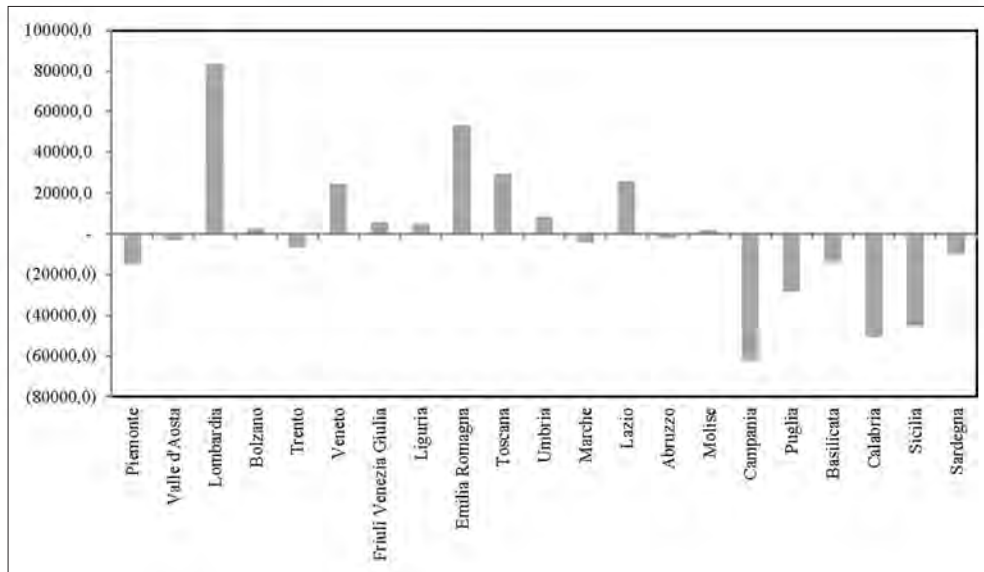
Il fatto che tutte le regioni, anche le più piccole, si piazzino comunque nel II quadrante del NdG, testimonia che un certo lavoro, dalla emanazione della Legge n. 833/78 in poi, è stato fatto.

Le regioni che appaiono in condizioni migliori, collocandosi più in alto nel piano cartesiano (minori "fughe") e con un vettore diretto prevalentemente verso sinistra (maggiori "attrazioni"), sono situate nel Centro-Nord: in particolare, le 3 ritenute tradizionalmente dotate di un miglior sistema sanitario (Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana).

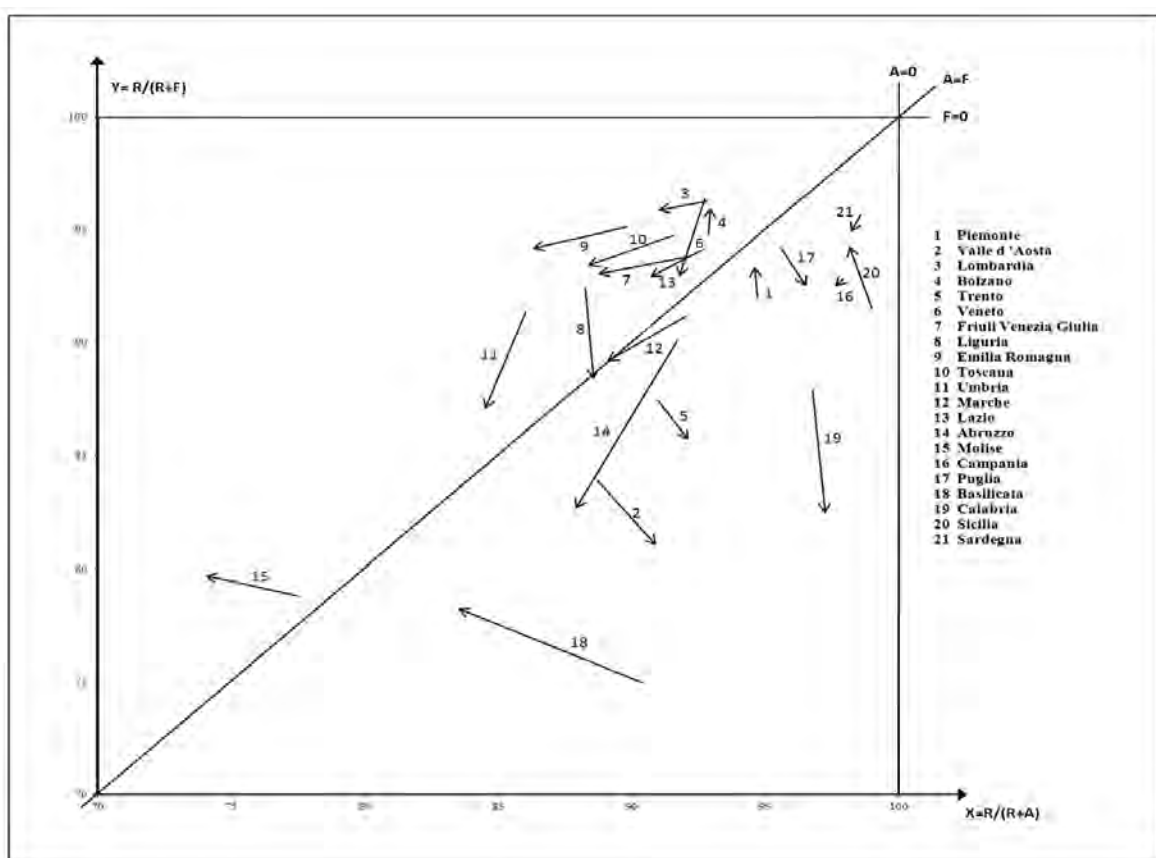
Si osserva una concentrazione di situazioni critiche tendenzialmente a carico di regioni del Sud, dove solo la Basilicata (e, con le riserve espresse più avanti, il Molise) sembra aver intrapreso un chiaro percorso di miglioramento dell'offerta (vettore diretto in alto a sinistra).

Destano, inoltre, preoccupazione 2 regioni storicamente dotate di ottimi servizi sanitari, quali il Veneto e la Liguria che manifestano un trend in peggioramento.

Molte regioni, nel periodo studiato, hanno evidenziato andamenti bifasici che la sintetica rappresentazione vettoriale in Grafico 2 non rivela: il fenomeno potrebbe essere dovuto ad atteggiamenti diversamente reattivi agli accordi di compensazione economica interregionale ed all'avvio dei Piani di Rientro.

Grafico 1 - Saldo medio annuale (valori assoluti) di mobilità per regione - Anni 1998-2011

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Grafico 2 - Quadrante superiore destro del Nomogramma di Gandy del trend di mobilità delle dimissioni ospedaliere per regione - Anni 1998-2011

Legenda: X= Sviluppo attrazioni; Y= Contenimento fughe; R=Dimissioni ospedaliere della popolazione residente; A= Ricoveri "attratti"; F= Pazienti "fuggiti".

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Conclusioni

L'equa distribuzione dell'offerta assistenziale è obiettivo primario del nostro servizio sanitario; essa vorrebbe declinarsi in uniformi accessibilità e qualità delle prestazioni.

Per l'Azienda Sanitaria Locale, base territoriale del modello universalistico di sanità, e per la Regione, base politica della programmazione assistenziale (in particolare ospedaliera), la fuga "elettiva" di un paziente rappresenta un marcatore di fallimento del suddetto obiettivo.

La libertà di scelta del luogo di cura, diritto derivante dall'art. 32 della Costituzione Italiana, riconosciuto dalla Legge n. 833/78 e ribadito dal D. Lgs. n. 502/92, in una situazione di "terzo pagante", quale tipicamente si realizza nell'assistenza erogata dal servizio sanitario pubblico, se liberamente esercitato dai cittadini/pazienti, è, per altro, un importante strumento di riequilibrio del potere burocratizzante della pianificazione.

Quello della "mobilità sanitaria" (ospedaliera in particolare) è, dunque, l'indicatore "principe" della programmazione sanitaria. Essendo legato ad aspetti quali l'equità, la fiducia dei pazienti e la reputazione delle strutture, esso sintetizza informazioni psicometriche ed econometriche (5, 6) ed ha il vantaggio della declinabilità, prestandosi ad applicazioni macro (*health policy* statale e regionale), meso (aziende sanitarie/presidi ospedalieri) e micro (reparti e controllo di gestione).

Si può supporre che le regioni che alla nostra indagine appaiono maggiormente attrarre pazienti e, soprattutto, quelle che risultano meno dipendenti dalle altre abbiano saputo darsi una virtuosa e tempestiva programmazione ospedaliera, la quale ha prodotto una migliore offerta quali-quantitativa.

Una certa quota di mobilità passiva può, tuttavia, essere utile: il Piano Nazionale Esiti, ad esempio, dimostra che pazienti concentrati in centri di eccellenza, per alcune (poche) prestazioni di alta specialità, possono ottenere miglior beneficio di quello che otterrebbero vicino a casa (7).

L'indagine potrebbe risentire di alcuni limiti:

- dai dati non è stata scorporata la quota dei migranti cosiddetti "fisiologici", che non lo sono, cioè, per scelta, ma per condizioni contingenti (vacanze, studenti universitari fuori sede, lavoratori pendolari etc.);
- fattori "geografici" (vie di comunicazione, zone "di frontiera", isole etc.) condizionano la libertà di movimento;
- le piccole dimensioni e la scarsa popolazione di alcune regioni ne limitano le potenzialità di offerta assistenziale;
- non è stato possibile analizzare i dati dei ricoveri all'estero. Questo potrebbe portare ad una sottostima delle migrazioni da regioni di frontiera;
- i ricoveri non sono stati "pesati". Una programmazione regionale potrebbe, ad esempio, occuparsi delle patologie più significative, sotto il profilo della gravità o dell'impatto economico, trascurando le altre, meno rilevanti;
- i valori di Sviluppo Attrazioni (x) e Contenimento Fughe (y) sugli assi cartesiani del NdG sono percentuali; la constatata tendenza generale alla diminuzione dei ricoveri porta, pertanto, ad aumentare, con il procedere degli anni, il peso di un singolo individuo in mobilità.

Riferimenti bibliografici

- (1) Messina G, Forni S, Collini F, Quercioli C, Nante N. Patient mobility for cardiac problem: a risk-adjusted analysis in Italy. BMC Health Service Research, 2013,13,1:56. BMC Health Serv Res. Online first, published BMC Health Serv Res. 2013 Feb 12,13:56. doi.10.1186/1472-6963-13-56.
- (2) Direttiva 2011/24/UE. Diritti di pazienti relativamente all'assistenza sanitaria transfrontaliera.
- (3) Gandy RJ. A graphical representation of the inter-relationship between districts. Hosp Health Serv Rev. 1979; 7 (2): 50-1.
- (4) Nante N, Messina G, Girardi F, Lispi L. Studio della mobilità sanitaria. pag. 353-355. Rapporto Osservasalute 2005 "Stato di salute e qualità dell'assistenza delle Regioni Italiane". Ed. Prex 2005.
- (5) Nante N, Ricciardi W, Al Farraj O, Morgagni S, Siliquini R, Moirano F, Messina G, Sassi F. Hospital patient migration: analysis using an utility index. In Co.kg S-VG, editor. Public Health in Europe 10 years Eupha. Berlin: W. K.; 2003. P. 293-316.
- (6) Messina G, Addari P, Macchi C, Nante N. Programmazione ospedaliera e flussi di pazienti: esperienza senese. Annali di Igiene, 2005, XVII (4): 323-333.
- (7) Fusco D, Di Martino M, D'Ovidio M, Sorge C, Davoli M, Perucci CA. Mobilità ospedaliera ed esiti dei ricoveri. Quaderni di Monitor, 29/2012 suppl.9, Editore Agenas, Roma.

Utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inappropriatelyzza

Significato. Viene descritto l'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 (1), 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. Inoltre, il Patto per la Salute presenta una lista di 24 prestazioni ad alto rischio di inappropriatelyzza se erogate in regime di Day Surgery e, quindi, da trasferire in regime ambulatoriale.

Tale indicatore esprime, genericamente, la capacità delle regioni di recepire le indicazioni poste dalla programmazione nazionale per migliorare l'appropriatelyzza dell'utilizzo dei diversi *setting* assistenziali fruibili in ambito ospedaliero ed extraospedaliero attraverso il trasferimento dei DRG medici in esame ad un regime di DH o ambulatoriale. Tale trasferimento è, peraltro, monitorato anche tramite il

raggiungimento dei valori soglia delle percentuali di DH eventualmente fissati in autonomia dalle singole regioni rispetto a tale obiettivo.

Per valutare in modo compiuto il fenomeno dell'appropriatelyzza nei ricoveri medici per i DRG interessati, è utile ed opportuno che la percentuale di ricoveri in DH sia confrontata con il tasso di dimissioni ospedaliere e con 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, il confronto tra la percentuale di DH ed il tasso di dimissione per i DRG in esame fornisce, in caso di riduzione complessiva del tasso di ospedalizzazione, una misura indiretta dell'utilizzo e dell'accessibilità ai servizi ambulatoriali distrettuali. Tale confronto consente, inoltre, di valutare la reale efficacia delle azioni adottate dalle regioni per migliorare l'appropriatelyzza organizzativa ed il corretto utilizzo del DH per tali DRG. Saranno illustrati e descritti i dati regionali registrati dal 2010 al 2012.

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

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

Numeratore: Dimissioni ospedaliere in Day Hospital*

Denominatore: Dimissioni ospedaliere in regime di Ricovero Ordinario e di Day Hospital*

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

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

Numeratore: Dimissioni ospedaliere (modalità ordinaria + Day Hospital)*

Denominatore: Popolazione media residente

*Per i DRG medici considerati.

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

Validità e limiti. I dati presentati permettono il confronto dei 3 anni successivi all'entrata in vigore del Patto per la Salute 2010-2012 (emanato alla fine del 2009) e permettono di valutarne gli effetti.

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. Di conseguenza, 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 agli anni 2010-2012. 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 negli anni 2010-2012 per i DRG medici "potenzialmente inappropriati", sarà illustrato, per il solo 2012, 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. Questo confronto permette di rileva-

re un eccesso di ospedalizzazione, in presenza del quale anche un'elevata percentuale di utilizzo del DH perderebbe significato riguardo l'obiettivo di contrastare il fenomeno dell'ospedalizzazione inappropriata.

Valore di riferimento/Benchmark. Per questo indicatore l'allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 fissa 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 cui tendere solo in presenza di un basso Tasso Standardizzato di Dimissione (TSD) per età 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.

Descrizione dei risultati

La percentuale di ricoveri in DH per i DRG medici a rischio di inappropriata non ha fatto registrare significative e univoche variazioni nel periodo considerato (è aumentata dal 48,1% al 49,2% tra il 2010 e il 2011, mentre tra il 2011 e il 2012 si è ridotta al 47,3%). Molto più evidente e significativa è l'elevata variabilità registrata tra le diverse regioni, con valori estremi compresi, nel 2012, tra il 60,2% della Liguria e il 26,0% della Lombardia (Tabella 1 e Grafico 1). A differenza di altri indicatori di appropriatezza dell'assistenza ospedaliera, le variazioni rilevate per questo indicatore non presentano un apparente trend geografico tra Nord e Sud, sebbene la successiva analisi renderà comunque evidente una chiara chiave di lettura in tal senso.

Nonostante siano le regioni del Centro-Nord quelle tradizionalmente più attente nel perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza dei ricoveri, queste presentano al contrario elevati valori di utilizzo del DH, un aumentato utilizzo del settore ambulatoriale ed una estesa attivazione dei DS che determina quadri di utilizzo dei diversi *setting* molto differenziati. Le regioni che presentano una percentuale superiore al dato nazionale sono, complessivamente, 12, di cui 3 settentrionali (Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria), 3 del Centro (Toscana, Marche e Lazio) e tutte le meridionali, ad eccezione di Puglia e Sardegna. Dall'analisi dei trend regionali risulta che in 10 regioni, tra il 2010 e il 2012, si è verificata una riduzione della percentuale, mentre in 11 regioni un aumento del valore. La regione con la diminuzione più sensibile della percentuale di ricoveri in DH per i DRG medici a rischio di inappropriata è stata la Lombardia, dove si è passati dal 42,2% del 2010 al 26,0% del 2012.

L'esame del TSD per i DRG medici considerati aggiunge ulteriori elementi di analisi. Come abbiamo visto, per un'ottimale gestione del fenomeno dei ricoveri inappropriati, il trasferimento in DH di una quota di RO a rischio di inappropriata dovrebbe essere attuato in un contesto in cui anche il TSD complessivo (in RO e DH) per questi DRG risulti non particolarmente elevato, ovvero inferiore alla media, in funzione del ricorso a forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero.

A tale riguardo possiamo osservare che a livello nazionale (Tabella 2) il TSD si è ridotto negli ultimi 3 anni dal 34,4 per 1.000 abitanti (18,4 per 1.000 in RO e 16,0 per 1.000 in DH) del 2010 al 30,2 per 1.000 (15,9 per 1.000 in RO e 14,3 per 1.000 in DH) del 2012. La riduzione del TSD complessivo ha interessato tutte le regioni, ad eccezione della Valle d'Aosta, del Friuli Venezia Giulia e dell'Emilia-Romagna, dove il tasso è aumentato rispetto a valori che si mostravano nettamente inferiori al dato nazionale all'inizio del triennio (Tabella 2).

Nel 2012, il TSD complessivo comprende un *range* di valori molto ampio compreso tra il 17,8 (per 1.000) del Veneto ed il 49,2 (per 1.000) della Campania. In questo caso, la rilevante variabilità regionale è caratterizzata da un marcato gradiente geografico in quanto, ad eccezione del Lazio, della Liguria e della PA di Bolzano, le regioni del Centro e del Nord presentano TSD per i DRG in esame inferiori a quello nazionale, mentre tutte le regioni meridionali ed insulari mostrano una distribuzione di segno opposto, con l'unica eccezione dell'Abruzzo.

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 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 inappropriata, è possibile riportare su un grafico a quattro quadranti i valori degli indicatori rilevati nelle diverse realtà regionali. Il grafico, riferito all'anno 2012, fornisce quattro diverse rappresentazioni che riassumono con efficacia la situazione, i risultati conseguiti e 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. Queste regioni esprimono situazioni in controtendenza rispetto alle indicazioni normative. L'uso improprio ed esteso del regime di RO dovrebbe, innanzitutto, essere contrastato con un migliore utilizzo del DH, parallelamente ad azioni dirette a contenere la domanda di ricovero e a ridurre l'eccesso di ospedalizzazione attraverso il potenziamento dei servizi diagnostici ed assistenziali distrettuali. Presentano questa situa-

zione 3 regioni (PA di Bolzano, Puglia e Sardegna);
 2. regioni che si posizionano nell'area caratterizzata da TSD e percentuale di utilizzo del DH superiori alla mediana ed esprimono un sovra utilizzo delle strutture di ricovero, soprattutto diurno, che potrebbe denotare una scarsa offerta e/o accessibilità alla rete dei servizi ambulatoriali. Lazio, Liguria, Campania, Molise, Calabria, Sicilia e Basilicata (quest'ultima presenta un TSD complessivo vicino alla mediana) registrano un andamento in tal senso. In queste regioni andrebbe posta particolare attenzione, oltre che alla riduzione della domanda di ricovero, all'effettiva utilità ed appropriatezza d'uso del DH;
 3. regioni con TSD inferiori e una percentuale di utilizzo del DH superiore ai rispettivi valori mediani. Si collocano in questo quadrante, che esprime un ricorso minimo al RO per il set dei DRG medici a rischio di inappropriatazza ed un ampio utilizzo del DH e dei servizi extradegenza, il Piemonte, la Valle d'Aosta, la Toscana, la Marche e l'Abruzzo. Questa situazione è teoricamente ottimale rispetto alle indicazioni normative.

4. regioni che presentano un TSD ed una percentuale di DH inferiore alla mediana.

Le azioni intraprese in queste regioni (PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Emilia-Romagna e Umbria) dimostrano come sia possibile adottare efficaci politiche di contrasto del fenomeno dell'inappropriatazza dei ricoveri contrastando anche un inappropriato ed eccessivo utilizzo del DH attraverso l'individuazione di percorsi diagnostici terapeutici extradegenza e l'attivazione di modelli organizzativi alternativi al DH (attivazione di DS e/o la definizione di pacchetti di prestazioni ambulatoriali).

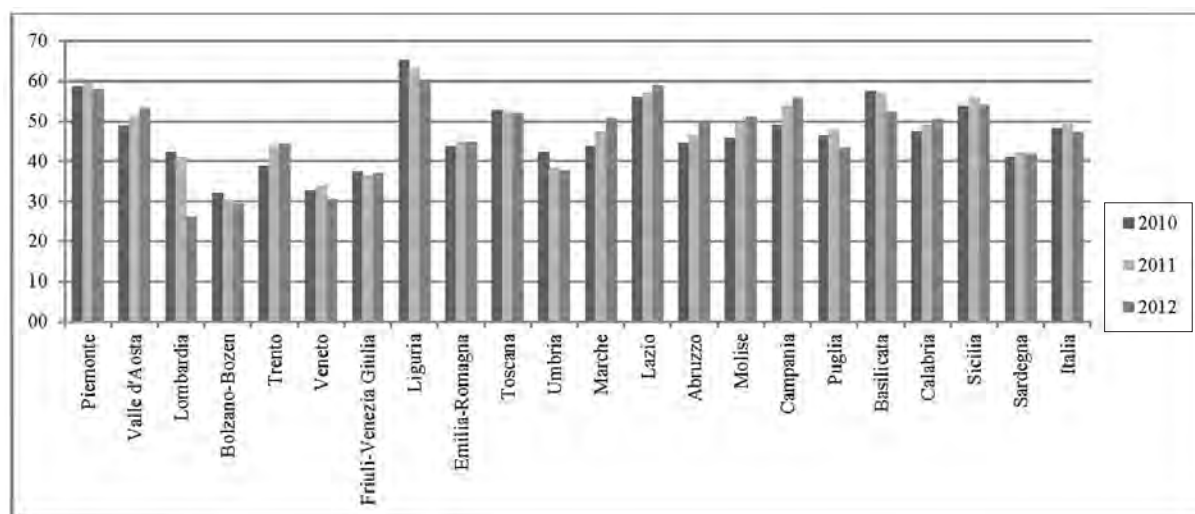
Purtroppo, le lacune informative ancora esistenti riguardo alla rilevazione delle attività ambulatoriali, costituiscono un limite per un'oggettiva ed esaustiva valutazione delle azioni rivolte in questa direzione.

In conclusione, il Grafico 2 mostra la presenza di un trend geografico, con buona parte delle regioni del Nord e del Centro collocate nei due quadranti inferiori, mentre la PA di Bolzano, la Liguria ed il Lazio insieme a tutte le regioni meridionali, ad eccezione dell'Abruzzo, collocate nei due quadranti superiori.

Tabella 1 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inappropriatazza per regione - Anni 2010-2012

Regioni	2010	2011	2012
Piemonte	58,6	59,5	57,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	48,8	51,2	53,4
Lombardia	42,2	41,0	26,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>32,1</i>	<i>30,6</i>	<i>29,5</i>
<i>Trento</i>	<i>38,8</i>	<i>43,7</i>	<i>44,3</i>
Veneto	32,8	33,7	30,5
Friuli Venezia Giulia	37,4	36,3	36,9
Liguria	65,0	62,9	60,2
Emilia-Romagna	43,6	44,8	44,8
Toscana	52,7	52,5	51,9
Umbria	42,4	38,4	37,7
Marche	43,7	47,4	50,6
Lazio	55,9	57,1	58,9
Abruzzo	44,5	46,7	50,0
Molise	45,7	49,6	51,1
Campania	49,1	53,6	55,7
Puglia	46,4	47,6	43,3
Basilicata	57,4	56,7	52,4
Calabria	47,4	48,9	50,3
Sicilia	53,6	55,7	54,0
Sardegna	40,9	42,4	41,9
Italia	48,1	49,2	47,3

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Grafico 1 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital per DRG medici a rischio di inappropriatezza per regione - Anni 2010-2012

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Tabella 2 - Tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per DRG medici a rischio di inappropriatezza per regime di ricovero e regione - Anni 2010-2012

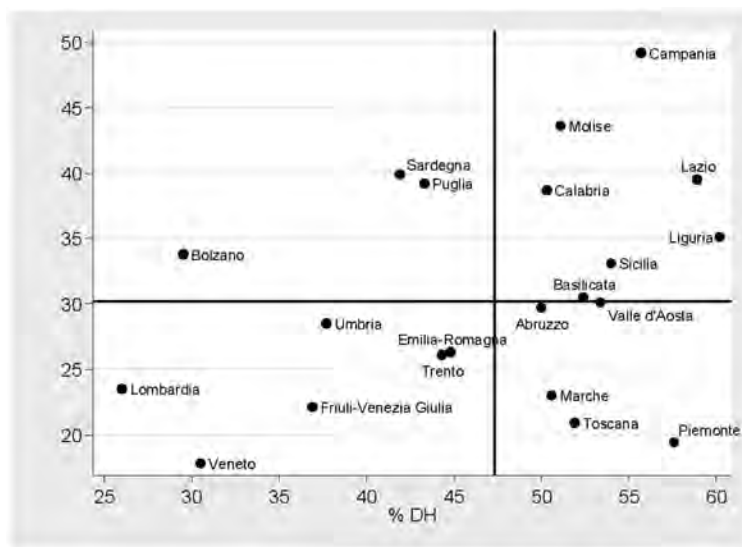
Regioni	2010			2011			2012*		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	9,0	11,5	20,5	9,1	13,3	22,4	8,3	11,2	19,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	12,3	11,4	23,7	14,4	14,8	29,2	14,2	15,9	30,1
Lombardia	18,0	13,8	31,8	19,1	13,2	32,4	17,4	6,1	23,5
Bolzano-Bozen	25,6	12,5	38,1	25,6	10,9	36,4	24,0	9,8	33,8
Trento	17,0	10,5	27,5	15,7	12,1	27,8	14,6	11,5	26,1
Veneto	13,3	6,2	19,5	13,2	6,7	19,9	12,4	5,4	17,8
Friuli Venezia Giulia	12,1	7,7	19,9	14,0	8,3	22,3	13,7	8,4	22,1
Liguria	14,7	27,3	42,0	14,7	25,8	40,5	13,7	21,3	35,1
Emilia-Romagna	13,9	10,3	24,2	15,0	12,4	27,5	14,4	11,9	26,3
Toscana	11,0	11,5	22,6	11,1	12,7	23,7	9,9	11,0	20,9
Umbria	17,7	14,0	31,8	19,3	12,4	31,7	17,6	10,9	28,5
Marche	13,4	10,1	23,6	13,2	12,1	25,3	11,3	11,7	23,0
Lazio	19,2	23,3	42,5	17,8	23,5	41,3	16,3	23,2	39,5
Abruzzo	21,1	13,8	34,9	17,8	15,8	33,6	14,8	14,9	29,7
Molise	27,1	23,3	50,4	24,5	24,5	49,0	21,1	22,5	43,6
Campania	30,2	27,4	57,6	24,6	27,6	52,2	22,2	27,0	49,2
Puglia	27,8	12,5	40,3	25,5	23,2	48,7	22,2	16,9	39,2
Basilicata	17,8	21,2	39,0	16,7	22,1	38,8	14,4	16,1	30,5
Calabria	25,4	19,9	45,3	23,0	22,0	45,0	19,3	19,4	38,7
Sicilia	19,6	24,1	43,7	17,1	21,5	38,6	15,3	17,8	33,1
Sardegna	23,7	16,6	40,4	26,1	18,9	45,0	23,3	16,6	39,9
Italia	18,4	16,0	34,4	17,6	17,0	34,6	15,9	14,3	30,2

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2011.

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1° gennaio 2012.

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

Grafico 2 - Percentuale di utilizzo del Day Hospital e tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere per DRG medici a rischio di inappropriata per regione - Anno 2012



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

Raccomandazioni di Osservasalute

Dopo l'emanazione del DPCM del 29 novembre 2001, 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 di inappropriata", in coerenza con gli obiettivi nazionali e con il contesto organizzativo regionale di riferimento. 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 (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 ulteriori strategie d'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 attuabili sono riconducibili ad alcune fondamentali categorie: gli abbattimenti tariffari dei DRG in elenco, l'adozione di efficaci 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 e DS). A tale riguardo, lo stesso dispo-

sitivo del Patto per la Salute stabilisce che "...nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le Regioni e le PA 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 che 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 per la complessità delle prestazioni da erogare.

Tali evidenze suggeriscono che, per rendere più robuste le valutazioni a livello delle singole regioni, sarebbe opportuno considerare anche il tasso di dimissione al netto dei ricoveri di 1 giorno in RO, valutare meglio la natura di tali accessi, per lo più diagnostici, ed avviare, anche solo localmente, rilevazioni omogenee sulle quantità e sulle tipologie di prestazioni specialistiche ambulatoriali che hanno dimostrato di avere un impatto positivo sul fronte dell'appropriatezza dei ricoveri. In termini di programmazione, occorre che sia concretamente recepita e perseguita l'indicazione sull'appropriatezza dell'ospedalizzazione stabilita nel Patto per la Salute 2010-2012.

Ospedalizzazione con DRG medici da reparti chirurgici

Significato. Già incluso fra gli indicatori di appropriatezza dal DM del 12 dicembre 2001 e ripreso dal Patto per la Salute 2010-2012 (1), questo indicatore misura la quota di pazienti ricoverati e dimessi da un reparto chirurgico ospedaliero in cui si eseguono pro-

cedure diagnostiche e terapeutiche che non esitano in un intervento operatorio. Di seguito saranno illustrati e descritti i dati regionali registrati dal 2010 al 2012. Per la serie storica, dal 2006 al 2012, si rimanda alla tabella presente in Appendice.

Percentuale di dimessi con DRG medici da reparti chirurgici

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

Numeratore Dimissioni ospedaliere da reparti chirurgici con DRG medici

 Denominatore Dimissioni ospedaliere da reparti chirurgici

Validità e limiti. In associazione ad altri indicatori dell'assistenza ospedaliera (tasso di ospedalizzazione, tasso di utilizzo delle strutture etc.), l'indicatore consente di misurare l'appropriato utilizzo dei reparti chirurgici ed è in grado di fornire indicazioni utili per valutare la corretta programmazione dell'offerta ospedaliera, in termini sia di corretto dimensionamento delle Unità Operative (UO) di degenza afferenti alle aree delle discipline mediche e chirurgiche, sia di adeguata definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici, intra ed extraospedalieri. 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, l'evoluzione delle condizioni cliniche di alcuni pazienti è variabile e potrebbe rendere non più necessario un intervento chirurgico precedentemente previsto. Inoltre, se l'indicatore risulta sufficientemente robusto quando si confrontano reparti della medesima disciplina inseriti in contesti ospedalieri omogenei per missione e dimensionamento, la valutazione e l'interpretazione richiedono opportune cautele quando l'indicatore è analizzato su singole UO chirurgiche, ove si rende necessaria un'adeguata analisi dello specifico contesto clinico assistenziale. Nel nostro caso, il confronto su base regionale consente di avere un quadro abbastanza omogeneo e preciso circa l'appropriato utilizzo dell'insieme dei reparti chirurgici anche se, per una corretta interpretazione dei risultati, è bene tenere conto delle possibili variabili. Tra queste si devono considerare particolari situazioni organizzative, come per gli ospedali di piccole dimensioni in cui le attività dei Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione (DEA) non sono ancora del tutto strutturate, in cui non sono attivate le funzioni di *triage*, le Unità di Osservazione Breve nei Pronto Soccorso (PS), o ancora casi in cui 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 questa eventualità, le UO chirurgiche sono spesso obbligate a farsi carico direttamente, anche in regime di degenza ordinaria, dell'*iter* diagno-

stico di molteplici quadri patologici che non esitano necessariamente in una terapia chirurgica.

Valore di riferimento/Benchmark. L'allegato 2 del 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* (intorno al 24%) possa fornire una misura concreta dei risultati che è possibile raggiungere agendo sulla programmazione della struttura dell'offerta e su modelli organizzativi delle attività ospedaliere più efficienti ed attenti all'appropriato utilizzo delle risorse.

Descrizione dei risultati

La Tabella 1 ed il Grafico 1 mostrano che la proporzione nazionale di dimissioni da reparti chirurgici con un DRG medico, in diminuzione costante da alcuni anni, anche nel periodo 2010-2012 ha subito una sensibile riduzione (dal 33,3% al 30,8%). Dal confronto nel periodo considerato, emerge che tutte le regioni, ad eccezione della Liguria, hanno diminuito il valore dell'indicatore dal dato registrato nel 2010; questa riduzione è stata più marcata nelle regioni che presentavano valori di partenza superiori alla media, in particolare in quelle meridionali e nella PA di Trento. Infatti, la variabilità regionale, nel triennio considerato, si è ridotta passando da un *range*, nel 2010, compreso tra il 24,7% e il 48,3%, ad un *range* nel 2012 compreso tra il 24,1% e il 43,0%.

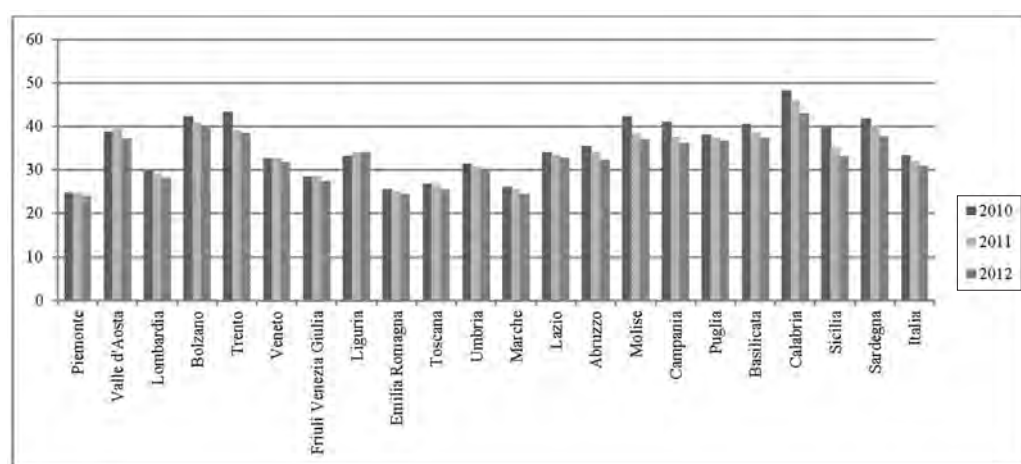
Per tutti e 3 gli anni considerati i valori percentuali più bassi e più elevati si sono registrati, rispettivamente, in Piemonte e Calabria.

Nonostante questo miglioramento, tutte le regioni del Sud e le Isole continuano a presentare ancora valori elevati, in particolare se confrontati con quelli di tutte le regioni del Centro, ad eccezione del Lazio. Tra le regioni del Nord, Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia ed Emilia-Romagna, registrano percentuali più basse del valore nazionale.

Tabella 1 - Percentuale di dimissioni con DRG medici da reparti chirurgici per regione - Anni 2010-2012

Regioni	2010	2011	2012
Piemonte	24,7	24,8	24,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	38,7	39,4	37,2
Lombardia	29,8	29,0	28,3
Bolzano-Bozen	42,4	41,0	40,2
Trento	43,4	39,2	38,5
Veneto	32,7	32,6	31,7
Friuli Venezia Giulia	28,4	28,3	27,3
Liguria	33,2	34,0	34,0
Emilia-Romagna	25,5	24,9	24,3
Toscana	26,9	26,5	25,3
Umbria	31,3	30,7	29,9
Marche	25,9	25,3	24,3
Lazio	34,0	33,4	32,7
Abruzzo	35,4	34,1	32,2
Molise	42,3	38,2	37,1
Campania	41,1	37,6	36,2
Puglia	38,0	37,4	36,7
Basilicata	40,5	38,6	37,3
Calabria	48,3	45,9	43,0
Sicilia	39,9	35,1	33,2
Sardegna	41,8	40,2	37,7
Italia	33,3	31,9	30,8

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Grafico 1 - Percentuale di dimissioni con DRG medici da reparti chirurgici per regione - Anni 2010-2012

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'estrema variabilità regionale dell'indicatore suggerisce che diversi interventi possano essere messi in atto per ridurre questo fenomeno, in particolare nelle regioni in cui il dato percentuale registrato è più elevato. Gli interventi da porre in atto per migliorare la situazione rilevata devono essere orientati ad un migliore dimensionamento dei reparti chirurgici, all'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. La marcata riduzione registrata in alcune realtà regionali conferma che tali interventi sono risultati, ove applicati, efficaci.

Ospedalizzazione di patologie ad elevato impatto sociale

Significato. In letteratura sono descritte variazioni nei tassi di ospedalizzazione relativi ad alcuni interventi e/o procedure chirurgiche di comprovata efficacia clinica e ad alto impatto sociale.

Tali variazioni sono riconducibili a diversi fattori: le caratteristiche socio-economiche e demografiche dei pazienti, le attitudini dei professionisti ed il contesto istituzionale e organizzativo. In particolare, un'elevata variabilità del tasso d'intervento per una specifica procedura può essere dovuta, oltre che alla prevalenza della patologia di interesse nel contesto di riferimento, alla difficoltà da parte del paziente di scegliere fra le varie opzioni di trattamento, alla mancanza di un ele-

vato consenso professionale circa le scelte terapeutiche e alla presenza di disuguaglianze nell'accesso alle cure riconducibili ai servizi sanitari (1).

Evidenziando situazioni di potenziale sovra/sotto utilizzo delle tre procedure, la variabilità geografica può fornire indicazioni sulla dimensione dell'offerta, su eventuali limitazioni nell'accesso ai servizi e indirettamente su fenomeni di inappropriately organizzativa. Sono descritti i tassi di ospedalizzazione nella popolazione anziana (>65 anni) relativi alle seguenti procedure: interventi per protesi di anca, angioplastica coronarica e bypass coronarico.

*Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici per protesi d'anca**

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere (età >65 anni) per interventi chirurgici per protesi di anca**}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente >65 anni}} \times 100.000$$

*Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici per bypass coronarico**

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere (età >65 anni) per interventi chirurgici per bypass coronarico}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente >65 anni}} \times 100.000$$

*Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici per angioplastica coronarica**

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere (età >65 anni) per interventi chirurgici per angioplastica coronarica}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente >65 anni}} \times 100.000$$

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

** Rispetto all'indicatore inserito nel Rapporto annuale sull'attività di ricovero della banca dati SDO (anno 2011) sono stati inclusi anche gli interventi di revisione della protesi d'anca (codici ICD-9-CM 0070, 0071, 0072).

Validità e limiti. Le tre procedure proposte sono state incluse dall'Intesa Stato-Regioni del 18 ottobre 2010 nel Piano Nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012 (2). I risultati devono, perciò, essere interpretati tenendo conto che, sulla base delle indicazioni normative fornite, alcune regioni potrebbero aver rivisto le modalità di codifica di tali procedure nell'intento di migliorare la qualità e la pertinenza delle relative rendicontazioni.

In letteratura l'età viene riportata come principale fattore predittivo dell'utilizzo dei servizi. Per questa ragione si è scelto di considerare solo la popolazione anziana senza procedere, però, ad ulteriori standardizzazioni per età e per genere e di questo bisogna tener conto nella valutazione dei dati.

I tassi sono calcolati per regione di residenza, quindi i risultati indicano i trend dei consumi di tali procedure

chirurgiche da parte dei cittadini di una data regione indipendentemente dal luogo di erogazione delle prestazioni.

Un limite nell'interpretazione dei risultati è dovuto al fatto che la variabilità può essere in parte riconducibile alle differenze di incidenza e prevalenza delle patologie di interesse in particolari ambiti geografici.

Valore di riferimento/Benchmark. In mancanza di normative specifiche e di indicazioni di letteratura rispetto ai quali operare confronti, si considera come riferimento il valore nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2012, il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere nazionale nella popolazione anziana per intervento per protesi di anca (Tabella 1) è pari al 596,8

per 100.000. L'indicatore mostra un lieve incremento rispetto al 2010 (587,0 per 100.000) e al 2011 (585,5 per 100.000). Per questa procedura si evidenzia un'elevata variabilità regionale con un *range* che va dal 362,2 (per 100.000) della Sardegna al 947,4 (per 100.000) della Valle d'Aosta e un netto gradiente Nord-Sud. Si registrano tassi sopra il valore nazionale in tutte le regioni settentrionali e centrali (ad eccezione delle Marche e del Lazio), mentre valori al di sotto del dato nazionale in tutte le regioni meridionali.

Considerando i trend regionali nel triennio 2010-2012 il tasso presenta un significativo aumento in Molise, Abruzzo, Calabria e Lazio, regioni che registravano valori molto inferiori al valore nazionale nel 2010 e in Valle d'Aosta, dove al contrario il tasso era già elevato all'inizio del triennio. Il tasso si riduce in modo più marcato nella PA di Trento, Friuli Venezia Giulia, Liguria e Toscana, regioni che presentavano all'inizio del triennio valori elevati rispetto al dato nazionale (Tabella 1).

Il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere nella popolazione anziana per interventi chirurgici per bypass coronarico (Tabella 2) si assesta, nel 2012, a 121,7 per 100.000, con un trend in discesa rispetto al 2010 e 2011 (rispettivamente, 133,8 e 124,6 per 100.000). Per questa procedura non si evidenzia un gradiente geografico, ma una consistente variabilità regionale che varia da un minimo di 79,9 (per 100.000) nella PA di Bolzano a un massimo di 156,3 (per 100.000) in Friuli Venezia Giulia. Analizzando i

singoli trend regionali nell'arco dei 3 anni in esame (2010-2012), il Molise si distingue per il massimo decremento rispetto ai valori del 2010 (da 179,5 a 128,0 per 100.000), mentre riduzioni altrettanto significative si registrano anche in Lombardia, Toscana e Piemonte. Si caratterizzano, invece, per un trend in aumento Valle d'Aosta e PA di Trento.

Il terzo indicatore in esame si riferisce al tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere nella popolazione anziana per angioplastica coronarica. Il valore nazionale si attesta per il 2012 (Tabella 3) a 579,2 per 100.000, in sensibile aumento rispetto al dato del 2010 (520,4 per 100.000). Come per gli altri indicatori precedentemente menzionati, anche in questo caso vi è una considerevole variabilità regionale nei tassi: il *range* varia, infatti, da un 338,6 (per 100.000) del Friuli Venezia Giulia a 740,2 (per 100.000) della Valle d'Aosta.

La variabilità considerata per le singole regioni dal 2010 al 2012 tende ad aumentare in modo significativo in Valle d'Aosta, PA di Trento, Abruzzo e Calabria, mentre si riduce nettamente in Liguria, Toscana ed Emilia-Romagna. Da segnalare la variazione della Sicilia che in un solo anno (tra il 2010 e il 2011) passa da 24,2 a 605,8 interventi per 100.000 (Tabella 3).

Tale variazione è, probabilmente, dovuta a un cambiamento nella codifica della procedura in seguito alle indicazioni fornite dal Piano Nazionale liste di attesa 2010-2012 (2).

Tabella 1 - Tasso standardizzato (per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per protesi di anca per regione - Anni 2010-2012

Regioni	2010	2011	2012
Piemonte	622,1	641,7	638,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	901,0	873,1	947,4
Lombardia	633,8	635,9	660,9
Bolzano-Bozen	865,5	865,8	863,9
Trento	812,5	762,1	770,0
Veneto	734,7	714,1	719,9
Friuli Venezia Giulia	845,5	823,8	820,5
Liguria	678,6	645,8	654,3
Emilia-Romagna	683,0	673,6	676,0
Toscana	666,2	635,8	635,5
Umbria	584,6	578,3	605,1
Marche	560,8	598,1	586,2
Lazio	523,7	538,0	574,4
Abruzzo	526,8	566,9	564,9
Molise	407,5	459,8	481,6
Campania	444,4	447,0	453,9
Puglia	494,2	491,4	481,6
Basilicata	446,4	401,0	455,3
Calabria	383,5	402,1	438,4
Sicilia	452,4	445,3	463,2
Sardegna	351,6	366,9	362,2
Italia	587,0	585,5	596,8

Tabella 2 - Tasso standardizzato (per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per bypass coronarico per regione - Anni 2010-2012

Regioni	2010	2011	2012
Piemonte	133,8	127,2	114,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	86,3	123,1	111,0
Lombardia	168,1	154,8	145,2
Bolzano-Bozen	71,2	68,2	79,9
Trento	126,5	125,5	148,2
Veneto	128,0	112,4	113,7
Friuli Venezia Giulia	174,8	160,7	156,3
Liguria	94,6	87,3	96,7
Emilia-Romagna	106,5	105,9	100,5
Toscana	135,3	126,0	113,3
Umbria	112,7	80,4	96,9
Marche	147,4	129,3	139,4
Lazio	145,5	129,8	134,0
Abruzzo	144,7	139,6	136,1
Molise	179,5	145,7	128,0
Campania	137,8	117,3	120,9
Puglia	156,0	153,2	152,5
Basilicata	105,7	106,4	103,9
Calabria	97,4	99,4	103,3
Sicilia	97,1	100,5	96,2
Sardegna	94,6	100,9	88,2
Italia	133,8	124,6	121,7

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Tabella 3 - Tasso standardizzato (per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per angioplastica coronarica per regione - Anni 2010-2012

Regioni	2010	2011	2012
Piemonte	669,9	666,5	685,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	428,0	634,3	740,2
Lombardia	686,7	700,6	702,6
Bolzano-Bozen	481,7	466,5	460,0
Trento	372,7	480,6	484,2
Veneto	499,8	485,5	496,8
Friuli Venezia Giulia	346,2	326,9	338,6
Liguria	510,8	478,3	453,1
Emilia-Romagna	672,5	647,2	637,2
Toscana	594,0	543,9	549,8
Umbria	561,6	550,5	547,6
Marche	289,4	372,4	346,9
Lazio	574,9	510,5	607,9
Abruzzo	299,9	297,5	382,1
Molise	421,7	365,6	464,4
Campania	554,6	599,0	628,7
Puglia	588,1	571,8	571,8
Basilicata	442,2	433,1	433,4
Calabria	299,2	425,7	428,8
Sicilia	24,2	605,8	628,5
Sardegna	374,2	383,5	397,7
Italia	520,4	561,8	579,2

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

Analizzando i tassi di dimissioni ospedaliere per intervento chirurgico per alcune procedure particolarmente frequenti e di riconosciuta efficacia nell'anziano, i tre indicatori descritti rivelano una fortissima variabilità regionale.

A tale riguardo è opportuno sottolineare che gli indica-

tori misurano la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dai servizi sanitari, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle inappropriate e, inoltre, non consentono di analizzare la domanda "insoddisfatta" dovuta, in taluni contesti, alla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie e, comunque, rappresentativa di un bisogno di salute della popolazione.

Per garantire equità di accesso e sicurezza delle prestazioni erogate, occorrerebbe stabilire se il presunto eccesso o difetto di ospedalizzazione rilevato in alcune regioni sia da attribuire a differenze epidemiologiche delle patologie correlate alle procedure chirurgiche in esame (diversa incidenza delle patologie), ad un sotto o sovra dimensionamento dell'offerta in grado, rispettivamente, di limitare o amplificare le possibilità di accesso alle prestazioni oppure a determinanti connessi all'erogazione delle prestazioni, tra cui anche fattori correlati alla sfera professionale ed alla capacità di scelta dei pazienti.

Per ciascuna delle procedure considerate, le variazioni possono essere imputabili a fattori diversi: per le protesi di anca, ad esempio, la letteratura riporta un'associazione proporzionalmente inversa con situazioni di svantaggio socio-economico e di deprivazione e sarebbe, quindi, auspicabile nelle regioni in cui si registrano basse *performance* attuare interventi volti a migliorare l'equità nell'accesso ai servizi (1) oppure, in coerenza con quanto detto sopra, contrastare fenomeni di eventuale sovra utilizzo della procedura. L'aumento dei tassi registrato nelle regioni con valori bassi rispetto al dato nazionale potrebbe essere dovuto all'attuazione delle strategie sopra citate.

Diversamente, per procedure come l'angioplastica coronarica e il bypass coronarico, la variabilità potreb-

be essere correlata anche alla struttura dell'offerta (disponibilità di adeguate strutture specialistiche), al comportamento dei clinici rispetto alle indicazioni di eleggibilità previste dalle Linee Guida per i quadri patologici considerati (1) o ancora più semplicemente, alle diverse modalità di codifica per tali procedure che variano nel tempo e tra regione e regione.

Anche la lettura complementare dei tassi di angioplastica coronarica e bypass coronarico (Tabelle 2 e 3) può fornire ulteriori elementi di discussione per studiare il fenomeno della variabilità interna regionale, soprattutto se considerata nell'arco temporale dei 3 anni. Infatti, la riduzione del tasso di bypass coronarico (nazionale e regionale) potrebbe essere in parte correlato all'aumento del tasso di intervento per angioplastica. Alla luce di queste considerazioni, sarebbe opportuno incentivare le regioni che presentano gli scostamenti più elevati a valutare in dettaglio i fenomeni ed eventualmente a promuovere una migliore adesione all'appropriatezza clinica e organizzativa.

Riferimenti bibliografici

(1) Variation in Health care, the good, the bad and the inexplicable. The King's Fund. Anno 2011.

(2) Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n.266.

Percentuale di interventi per frattura del collo del femore

Significato. L'indicatore fornisce indicazioni sulla tempestività della risoluzione chirurgica delle fratture di collo di femore nella popolazione *over* 65 anni. La frattura del collo del femore è un evento frequente tra la popolazione anziana ed è spesso causa di peggioramento della qualità di vita, di disabilità e/o mortalità. Diversi studi hanno dimostrato che una lunga attesa per l'intervento corrisponde ad un rischio più elevato di mortalità e di disabilità del paziente, a complicanze più frequenti legate all'intervento e ad una minore efficacia della fase riabilitativa. Le Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 ore o addirittura 24-36 ore dall'ingresso in ospedale (1-3). Uno studio condotto in Italia e pubblicato nel 2010 evidenzia come la mortalità a 30 giorni per i pazienti di 65 anni ed oltre sottoposti a intervento per frattura di femore sia due volte superiore nei pazienti operati dopo la seconda giornata di degenza rispetto ai pazienti operati entro 2 giorni, al netto dei fattori confondenti (età, genere e condizioni cliniche del paziente) (4).

Il tempo di attesa per intervento per frattura di femore è considerato, quindi, 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 di 65 anni ed oltre viene monitorata a livello internazionale dall'*Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD). Tale monitoraggio mostra che in Paesi come la Danimarca e la Svezia, nel 2009, il valore dell'indicatore è superiore al 90%, mentre in Paesi come l'Italia e la Spagna continua ad essere inferiore o poco superiore al 40% (5). 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 Patto per la Salute 2010-2012 del dicembre 2009 (6).

Di seguito saranno illustrati e descritti in dettaglio il trend del valore nazionale dal 2001 al 2012 e i dati regionali registrati dal 2010 al 2012.

Percentuale di interventi per frattura del collo del femore

Numeratore	Dimissioni ospedaliere (età >65 anni) con diagnosi principale di frattura del collo del femore che abbiano subito l'intervento entro 2 giorni (48 ore) dal ricovero	
		x 100
Denominatore	Dimissioni ospedaliere (età >65 anni) con diagnosi principale di frattura del collo del femore	

Validità e limiti. Alla luce delle evidenze scientifiche, il tempo d'intervento rappresenta un valido indicatore della qualità delle cure prestate ai pazienti di 65 anni ed oltre con frattura del collo del femore. Contestualmente, occorre considerare che nella pratica clinica una quota variabile di pazienti non potrà essere operata entro le 48 ore perché, in presenza di comorbidità e/o complicanze cliniche, potrebbe richiedere più tempo per la stabilizzazione. Nei risultati 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 65 anni ed oltre, 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 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 nonostante esista accordo che la quasi totalità dei pazienti sia sottoposta all'intervento il prima possibile. La *Scottish Hip Fracture Audit* suggerisce come ragionevole obiettivo di operare entro 1 giorno dall'ammissione il 93% dei pazienti ricoverati per frattura del collo del femore (6). 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 (5). 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* (almeno 70%).

Descrizione dei risultati

Il valore nazionale della percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti in pazienti di 65 anni e oltre entro 2 giorni dal ricovero si è mantenuto pressoché

costante dal 2001 al 2008 (tra il 31,2% e il 32,5%), mentre dal 2009 ha subito un rapido incremento, come mostrato dal Grafico 1, passando dal 33,6% del 2009 al 44,7% del 2012. In particolare, l'incremento più consistente si è avuto nell'ultimo anno in analisi, in cui la percentuale nazionale è passata dal 37,7% del 2011 al 44,7% del 2012 (Grafico 1 e Tabella 1).

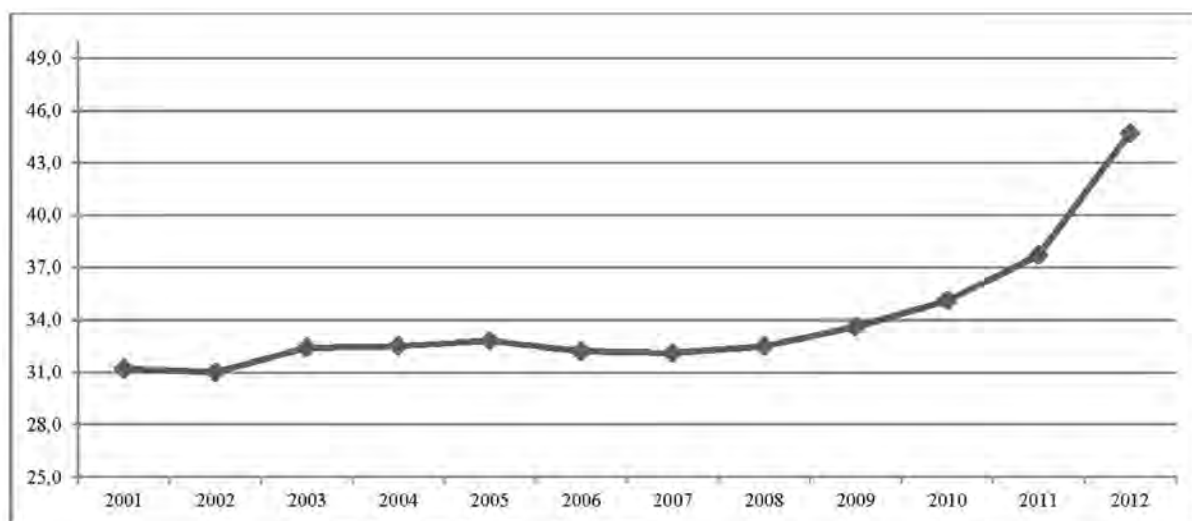
Nel 2012, il valore dell'indicatore considerato presenta ancora una marcata variabilità regionale che va dal 13,8% del Molise all'82,8% della PA di Bolzano. Le regioni che presentano un valore sensibilmente superiore al dato nazionale sono, oltre alla PA di Bolzano, la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, il Veneto, l'Emilia-Romagna, la Toscana, le Marche e la Sicilia. Hanno un valore lievemente superiore al dato nazionale il Piemonte e la Lombardia. Registrano un valore al di sotto del valore nazionale la PA di Trento, la

Liguria, l'Umbria, il Lazio e tutte le regioni meridionali ad eccezione della Sicilia.

La percentuale di interventi eseguiti entro 2 giorni dal ricovero ha registrato un aumento, tra il 2010 e il 2012 (Tabella 1 e Grafico 2), in 17 regioni. Le regioni con l'aumento più marcato sono state il Piemonte, l'Emilia-Romagna, la Toscana, il Lazio, la Puglia, la Basilicata, la Calabria e la Sicilia. Quest'ultima regione ha presentato l'incremento più elevato passando dal 16,1% del 2010 al 55,6% del 2012 (tale miglioramento potrebbe essere interpretato come il risultato dell'adozione di appropriate misure organizzative).

Nel triennio considerato la percentuale si è lievemente ridotta nella PA di Bolzano, in Liguria e nelle Marche, mentre la riduzione è stata più marcata in Molise, regione che presentava già un valore inferiore al dato nazionale.

Grafico 1 - Percentuale di pazienti operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore - Anni 2001-2012

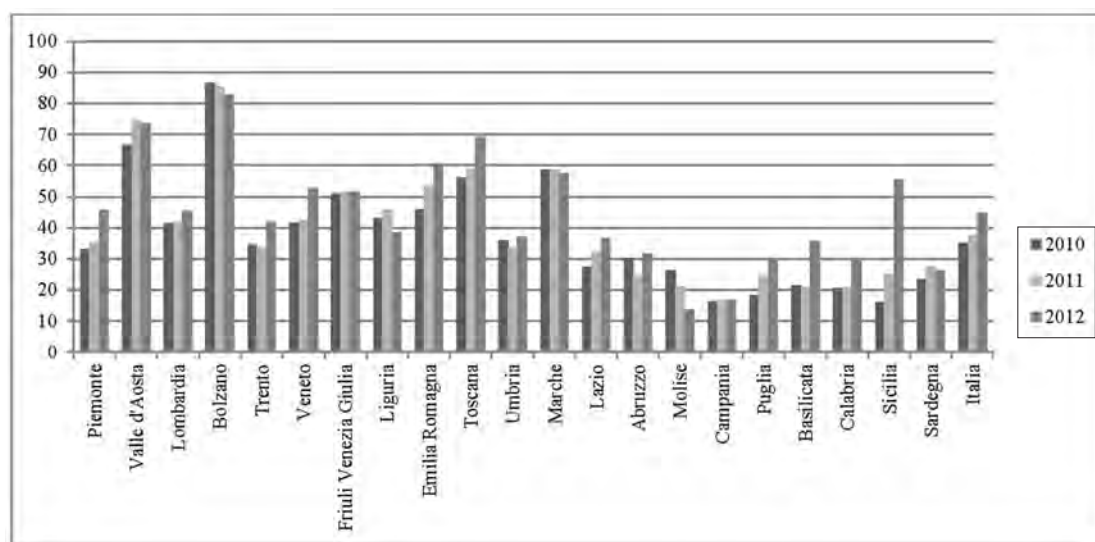


Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Tabella 1 - Percentuale di pazienti operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2010-2012

Regioni	2010	2011	2012
Piemonte	33,3	35,3	45,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	66,7	74,7	73,6
Lombardia	41,4	41,9	45,3
Bolzano-Bozen	86,6	85,4	82,8
Trento	34,6	33,6	42,0
Veneto	41,5	42,5	52,6
Friuli Venezia Giulia	51,1	51,6	51,6
Liguria	43,0	45,9	38,4
Emilia-Romagna	46,0	53,7	60,7
Toscana	56,0	58,6	69,3
Umbria	36,1	33,8	37,0
Marche	58,6	58,7	57,6
Lazio	27,5	32,3	36,9
Abruzzo	30,3	24,7	31,8
Molise	26,2	21,2	13,8
Campania	16,3	16,8	16,9
Puglia	18,4	24,6	29,7
Basilicata	21,4	20,9	35,6
Calabria	20,6	21,0	29,5
Sicilia	16,1	25,2	55,6
Sardegna	23,5	27,5	26,4
Italia	35,1	37,7	44,7

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Grafico 2 - Percentuale di pazienti operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2010-2012

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati mostrano che la percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni per pazienti di 65 anni ed oltre, negli ultimi 3 anni, ha subito un incremento, in particolare in determinate regioni.

Questi miglioramenti evidenziano come sia possibile, attraverso l'adozione di appropriate misure organizzative, incrementare la *performance* anche nel breve periodo.

L'aumento della percentuale di interventi registrato a livello nazionale e in alcune regioni può essere in parte spiegato dalla rilevanza che ha assunto questo indicatore nei vari sistemi di monitoraggio e valutazione della *performance* dei servizi sanitari (Piano Nazionale Esiti e Sistema di Valutazione della *Performance* della Regione Toscana) e dall'attenzione che i media hanno riservato a tali problematiche. Nonostante l'incremento dei valori percentuali, i risultati di quasi tutte le regioni rimangono piuttosto bassi

rispetto alle *performance* di altri Paesi occidentali e alle raccomandazioni presenti in letteratura.

Le cause del ritardo dell'intervento per frattura del collo del femore possono essere cliniche, legate alle condizioni del paziente oppure organizzative in relazione 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 al fine di ridurre i tempi di attesa per l'intervento riguardano, pertanto, sia l'ambito clinico che quello organizzativo.

Dal punto di vista clinico è possibile prevedere le principali caratteristiche cliniche (anemia, disidratazione, iperglicemia etc.) dei pazienti anziani con frattura del femore e mettere in campo appropriate misure per stabilizzare il paziente in breve tempo (3).

Per quanto riguarda l'ambito organizzativo si può prevedere, come è stato già sperimentato con successo in alcune realtà, la definizione e l'adozione di un percorso per il paziente fratturato (percorso ortogeriatrico) dal primo soccorso alla riabilitazione e che preveda un

approccio integrato e coordinato tra più specialisti e professionisti (anestesista, internista, chirurgo, fisiatra, infermiere e fisioterapista).

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) The management of hip fracture in adults. National clinic Guideline Centre. 2011.
- (4) 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 Indicators, OECD. Disponibile sul sito: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_S TAT.
- (5) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le PA di Trento e Bolzano. Patto per la Salute 2010-2012, Provvedimento del 3 Dicembre 2009. Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010.
- (6) 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: www.shfa.scot.nhs.uk.

Tempi di attesa per prestazioni da erogare in regime di ricovero

Dott.ssa Carla Ceccolini, Dott. Antonio Nuzzo, Ing. Pietro Granella, Prof.ssa Flavia Carle

Il flusso informativo relativo alle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) fornisce l'indicazione sulla tipologia del ricovero. Pertanto, la suddetta informazione consente di distinguere se si è trattato di un ricovero urgente o di un ricovero programmato.

Con l'ampliamento del contenuto informativo del flusso SDO, apportato dal recente DM n. 135 dell'8 luglio 2010 che ha introdotto, tra l'altro, la data di prenotazione del ricovero, l'informazione sul ricovero programmato si arricchisce di considerevole significato e si presta ad interessanti valutazioni.

Naturalmente l'informazione relativa alla data di prenotazione necessita la predisposizione di una serie di controlli atti a verificarne la qualità. Ad esempio, la data di prenotazione si ritiene valida se compilata in modo formalmente corretto ed antecedente la data del ricovero.

Con riferimento ai ricoveri ordinari 2012, quelli programmati con o senza pre-ospedalizzazione rappresentano il 43,2% del totale dei ricoveri, mentre il 55,1% è costituito dai ricoveri urgenti. Non è stata, invece, fornita alcuna indicazione relativamente all'1,6% dei ricoveri ed, infine, una piccola porzione, prossima allo 0,2% corrispondente a circa 10.500 ricoveri, riguarda i trattamenti sanitari obbligatori.

Con l'Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010 è stato definito il "Piano nazionale di governo delle liste d'attesa" per il triennio 2010-2012. Il Piano nazionale presenta un elenco di prestazioni in ricovero diurno (Day Hospital o Day Surgery) ed in Ricovero Ordinario (RO) sulle quali occorre monitorare i tempi di attesa.

Le prestazioni in ricovero diurno da monitorare sono le procedure di chemioterapia, coronografia, biopsia percutanea del fegato, emorroidectomia e riparazione di ernia inguinale (Tabella 1).

Le prestazioni da monitorare in RO sono alcuni interventi chirurgici per particolari tipologie di carcinoma (mammella, prostata, colon-retto, utero e polmone), le procedure per patologie dell'apparato cardiocircolatorio, quali bypass aortocoronarico e angioplastica coronarica endoarteriectomia carotidea, tonsillectomia ed inserzione di protesi di anca (Tabella 2).

Per poter monitorare i tempi medi di attesa per le suddette prestazioni ospedaliere è necessario che l'informazione sulla data di prenotazione del ricovero sia qualitativamente buona. Il tempo medio di attesa, espresso in giorni, può essere calcolato come differenza tra la data di ricovero e la data di prenotazione dello stesso. Questo calcolo che non ha senso nei casi di ricoveri urgenti, può al contrario essere effettuato nei casi di ricovero programmato.

Un'analisi sulla qualità dei dati SDO 2012 mostra che ci sono ancora ampi ambiti di miglioramento sulla data di prenotazione: su 100.000 SDO per le quali è attesa una data di prenotazione valida, in circa 21.000 casi si rilevano errori. La distribuzione regionale degli errori mostra una notevole disomogeneità sul territorio: vi sono regioni in cui il tasso di errore è molto al di sotto del valore complessivo nazionale, ma ve ne sono altre per le quali il tasso di errore supera notevolmente il valore nazionale. Le regioni che dovrebbero maggiormente impegnarsi nel migliorare la qualità della data di prenotazione sono Campania, Toscana, Molise e Lazio, per le quali il tasso di errore supera ampiamente il dato nazionale, fino a raggiungere il valore di 59.000 errori su 100.000 SDO.

Con riferimento alle procedure chirurgiche di mastectomia per tumore alla mammella, la validità della data di prenotazione raggiunge l'89% del totale dei casi (in Toscana raggiunge solo il 42%) e l'attesa media del ricovero, a livello nazionale è intorno a 23 giorni.

Per la prostatectomia radicale la validità della data di prenotazione raggiunge l'89% del totale dei casi (Toscana e Molise presentano percentuali di validità <50%) e a livello nazionale il tempo medio di attesa del ricovero è di circa 43 giorni.

Il tempo medio di attesa per gli interventi chirurgici al colon-retto affetto da tumore maligno presenta circa 21 giorni con una percentuale di validità della data di prenotazione che raggiunge circa l'85% (è al di sotto del 50% la validità dell'informazione per la Campania).

L'attesa media per isterectomia dovuta a tumore maligno dell'utero è di poco inferiore a 24 giorni e la data di prenotazione ha una validità intorno all'84% (in questo caso Puglia e Toscana presentano percentuali di validità appena superiori al 50%).

Con riferimento alle procedure da eseguire in ricovero diurno, la chemioterapia presenta un'attesa media di 22 giorni, ma la percentuale di validità della data di prenotazione non raggiunge il 60% (addirittura in Umbria detta percentuale non raggiunge il 9% di validità).

Per la biopsia percutanea del fegato i tempi medi di attesa sono poco meno di 19 giorni, ma la percentuale di validità della data di prenotazione non raggiunge il 71%.

Per una visione puntuale sui tempi di attesa per le prestazioni indicate nel “Piano nazionale di governo delle liste di attesa”, si rimanda alla pubblicazione “Rapporto Annuale sull’Attività di Ricovero Ospedaliero - Dati SDO 2012”, che si può consultare visionando il sito del Ministero della Salute.

Riuscire a contenere i tempi di attesa per alcune prestazioni sanitarie erogate in ricovero programmato o elettivo rappresenta un importante obiettivo di politica sanitaria. Anche a livello internazionale ci si sta muovendo per riuscire a confrontare i risultati delle politiche sanitarie nazionali in tema di contenimento dei tempi di attesa. L’OCSE (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) recentemente condotto un’indagine pilota presso alcuni Paesi per verificare a tal riguardo la potenzialità informativa dei database amministrativi nazionali. Per approfondimenti si rimanda alla pubblicazione “Health at a Glance 2013” in cui sono riportati i tempi di attesa medi e mediani per alcune procedure chirurgiche programmate, di un esiguo gruppo di Paesi dell’OCSE.

La suddetta pubblicazione riporta raffronti fra i Paesi che hanno partecipato all’indagine, relativamente alle procedure per interventi alla cataratta (codici ICD-9-CM 13.1-13.8), interventi al ginocchio (codici ICD-9-CM 81.54) e inserzione di protesi di anca (codici ICD-9-CM 81.51-81.53). Per quest’ultimo tipo di intervento, i cui codici ICD-9-CM coincidono con quelli indicati nel “Piano nazionale di governo delle liste di attesa”, il valore nazionale non si discosta dai valori dell’Inghilterra e della Nuova Zelanda. Valori inferiori si rilevano solo per i Paesi Bassi.

Tabella 1 - Codice di intervento e codice di diagnosi in regime di Day Hospital/Day Surgery per tipo di prestazione sanitaria

Prestazioni	Codice intervento	Codice diagnosi
Chemioterapia*	99.25	V58.1
Coronarografia	88.55-88.56-88.57	
Biopsia percutanea del fegato*	50.11	
Emorroidectomia	49.46	
Riparazione ernia inguinale*	53.0-53.10	

*Le regioni che erogano la prestazione prevalentemente o esclusivamente in regime ambulatoriale, svolgeranno il monitoraggio in tale *setting* assistenziale.

Tabella 2 - Codice di intervento e codice di diagnosi per prestazione in regime di Ricovero Ordinario

Prestazioni	Codice intervento	Codice diagnosi
Interventi chirurgici tumore mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
Interventi chirurgici tumore prostata	60.5	185
Interventi chirurgici tumore colon-retto	45.7x-45.8-48.5-48.6	Categorie 153-154
Interventi chirurgici tumori dell’utero	da 68.3 a 68.9	Categoria 182
By pass aortocoronarico	36.10	
Angioplastica Coronarica (PTCA)	Categoria 36.0	
Endoarteriectomia carotidea	38.12	
Intervento protesi d’anca	81.51-81.52-81.53	
Interventi chirurgici tumore del polmone	32.3-32.4-32.5-32.9	
Tonsillectomia	28.2-28.3	

*Le regioni che erogano la prestazione prevalentemente o esclusivamente in regime di Day Surgery o “One Day Surgery” svolgeranno il monitoraggio in tale *setting* assistenziale.