

## Assistenza ospedaliera

Il protrarsi della crisi economica e, di conseguenza, la progressiva erosione del finanziamento pubblico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) impongono che il processo di modernizzazione e ridefinizione del ruolo del sistema ospedaliero subisca un decisivo cambio di passo, indispensabile più che in passato per assicurare la sostenibilità futura dello stesso.

Il fermento che ha contraddistinto la programmazione e l'organizzazione dei servizi ospedalieri nell'ultimo decennio e che in alcune regioni ha già prodotto positivi risultati in termini di ridefinizione della struttura dell'offerta, promozione dell'appropriatezza, maggiore efficienza e progressiva riduzione dell'assorbimento di risorse da parte del livello di assistenza ospedaliero, deve assumere una connotazione più strutturale interessando tutte le aree del Paese ed *in primis* quelle regioni che nel passato hanno dimostrato una certa inerzia nel perseguire obiettivi di effettiva innovazione.

Nel futuro del nostro sistema ospedaliero occorre, pertanto, prevedere un periodo di importanti cambiamenti e di effettivo consolidamento dei risultati fin qui raggiunti. Tutto ciò potrà realizzarsi solo in parte grazie a nuove indicazioni normative o diverse linee di programmazione nazionale, ma dipenderà principalmente dalla capacità dei diversi sistemi regionali di cogliere le sfide poste dalla transizione epidemiologica, demografica, professionale e dal mutato quadro socio-economico del nostro Paese.

L'influenza relativa delle norme sulla necessaria evoluzione del sistema ospedale è di fatto avvalorata dall'evidenza che tutte le più recenti indicazioni della programmazione nazionale (Legge n. 135/2012, la cosiddetta *Spending Review* della sanità (1), Legge n. 189/2012 di conversione del Decreto Balduzzi (2), le diverse Leggi di Stabilità degli ultimi anni) ed anche il recente Patto per la Salute 2014-2016, approvato a luglio del 2014 (3), fissano già i parametri di riferimento cui tendere per l'assistenza ospedaliera. L'art. 15 della Legge n. 135 ha ripreso ed aggiornato in senso restrittivo le principali linee della programmazione ospedaliera con la riduzione a 3,7 per 1.000 residenti dei posti letto ospedalieri accreditati a carico del Servizio Sanitario Regionale, comprensivi di 0,7 posti letto per 1.000 residenti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, la contrazione del tasso di ospedalizzazione complessivo a 160 per 1.000 residenti, di cui il 25% in Day Hospital (DH), una durata media di degenza per i Ricoveri Ordinari (RO) inferiore a 7 giorni ed un tasso di occupazione dei posti letto di almeno il 90%. Nel suo travagliato *iter* anche il regolamento sulla "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" definisce precisi parametri organizzativi.

Allo stesso tempo alcune realtà regionali hanno già superato i traguardi fissati dimostrando nel concreto che è possibile assicurare adeguati livelli di servizio attraverso un effettivo cambio di paradigma fondato su un ruolo ed una organizzazione 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 passato (Reti Cliniche, Intensità di Cura, Percorsi Diagnostico Terapeutici etc.).

Gli obiettivi ed i trend richiamati impongono più che in passato un adeguato monitoraggio ed una sistematica valutazione dello stato di attuazione delle linee di programmazione adottate dalle diverse realtà regionali allo scopo di evidenziare le migliori *performance* ed assumerle come benchmark effettivamente perseguibili.

In tale ottica, la presente Edizione del Rapporto Osservasalute modifica il *set* di indicatori proposti per l'assistenza ospedaliera ponendo maggiore attenzione agli indicatori per cui sono emerse particolari e significative variazioni nel corso degli anni.

Come per la precedente Edizione, gli indicatori e le relative serie temporali 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 introdotti recentemente i cui risultati mostrano ancora sensibili ed interessanti variazioni nelle serie temporali e/o nei confronti regionali. Fanno parte di questa sezione la percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti entro 2 giorni dal ricovero, i tassi di ospedalizzazione della popolazione anziana (>65 anni) per procedure ad elevato impatto sociale (protesi di anca, angioplastica e bypass coronarico) e, di nuovo introdotto nella presente Edizione, il tasso di posti letto ospedalieri per tipologia di attività e regime di ricovero. I dati pubblicati si riferiscono al periodo 2010-2013.

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 ospe-

dalizzazione (complessivo e distinto per età, tipologia di attività erogata, per DRG medici e chirurgici, regime ordinario e diurno), la degenza media (complessiva e per genere) e la Degenza Media PreOperatoria (DMPO).

Inoltre, in questo Capitolo vengono presentati due *Box* dal titolo “Prestazioni di specialistica ambulatoriale ad alto rischio di inappropriata se effettuati in regime di ricovero” e “Promozione della trasparenza e della legalità nelle Aziende Sanitarie”.

Gli indicatori descritti permettono alcune valutazioni del sistema ospedaliero in ordine alle seguenti dimensioni:

- struttura dell’offerta;
- domanda soddisfatta;
- efficienza, appropriatezza clinica ed organizzativa delle strutture di ricovero e cura.

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* - La struttura dell’offerta è stata valutata tramite l’analisi della dotazione regionale dei Posti Letto (PL) ospedalieri per tipologia di attività e regime di ricovero. I dati, relativi al 1 gennaio 2013 hanno rilevato una dotazione di 3,74 PL per 1.000 residenti, di cui 3,15 per acuti, 0,16 per lungodegenza e 0,43 per riabilitazione. La dotazione di PL per acuti è composta da 2,77 PL (per 1.000) dedicati al ricovero ordinario e 0,38 PL (per 1.000) al ricovero diurno. La dotazione di PL complessiva è vicina e in alcune regioni è inferiore all’obiettivo normativo di 3,7 PL (per 1.000) (Legge n. 135/2012) anche se, generalmente, la componente per acuti risulta sovradimensionata rispetto alla componente riabilitativa e di lungodegenza. I dati presentano un marcato gradiente geografico con una dotazione di PL superiore al valore nazionale e allo standard in tutte le regioni del Nord e del Centro, ad eccezione di Toscana e Umbria, mentre si registra un tasso di PL inferiore al dato nazionale nel Meridione. Al fine di valutare l’effettiva correlazione tra la struttura dell’offerta, in termini di dotazione di PL, ed il suo reale utilizzo nelle diverse regioni, è stato effettuato un confronto tra i tassi regionali di PL per acuti e i tassi regionali di ospedalizzazione in ricovero ordinario.

Per quanto riguarda la domanda soddisfatta dal sistema ospedaliero, i dati registrati nel 2013 indicano un tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 155,5 (per 1.000) con una percentuale di DH del 25,4%, quindi valori coerenti agli standard indicati dalla Legge n. 135/2012. Dall’analisi del trend temporale, tra il 2008 e il 2013, si rileva una forte riduzione del ricovero in regime di DH con un tasso che passa dal 60,3 (per 1.000) (circa il 31% del totale dei ricoveri) a 39,6 (per 1.000).

I dati regionali continuano ad evidenziare la possibilità di un’ulteriore riduzione del tasso di ospedalizzazione, dato che 10 regioni presentano ancora valori superiori agli obiettivi normativi (13 regioni nel 2012).

I dati sulle dimissioni per tipologia di attività indicano, tra il 2012 e il 2013, un lievissimo aumento dei ricoveri per lungodegenza (da 1,79 a 1,81 per 1.000 residenti) e per riabilitazione (da 5,21 a 5,25 per 1.000 residenti), contro una marcata riduzione del ricovero ordinario per acuti (da 112,7 a 108,8 per 1.000 residenti).

La distribuzione per età di dimissioni ospedaliere in regime di RO per acuti mostra che il tasso specifico di dimissione più elevato si rileva nella fascia di età *over 75* anni (285,0 per 1.000 residenti). In questa fascia di età si registra il *range* di variabilità più elevato, compreso tra il 244,9 (per 1.000) del Piemonte e il 397,7 (per 1.000) della PA di Bolzano. *Range* elevati si registrano anche per il tasso specifico della popolazione tra 65-74 anni, compreso tra il 154,9 (per 1.000) del Veneto e il 216,5 (per 1.000) della PA di Bolzano, e della popolazione in età pediatrica (0-14 anni) compreso tra il 44,7 (per 1.000) del Veneto e il 95,3 (per 1.000) della Puglia.

Nonostante un consistente passaggio in regime ambulatoriale di attività chirurgiche poco complesse, non si registra una consistente riduzione della percentuale di DRG chirurgici, in particolare per il regime di ricovero diurno perché contestualmente si assiste ad una riduzione più marcata dell’ospedalizzazione per DRG medico.

Nel 2013, la percentuale dei pazienti dimessi con DRG chirurgico è del 44,4%, in lieve riduzione rispetto all’anno precedente (45,0%), ma superiore rispetto al 2011 (43,3%). La percentuale di DRG chirurgici subisce una consistente riduzione nel 2013 per la componente in RO (dal 45,1% al 41,9%), mentre registra un aumento per il ricovero in regime diurno (dal 44,6% al 51,3%). Una 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 erogate, coerente con la nuova *mission* di un servizio ospedaliero più orientato alla cura delle patologie complesse in fase di acuzie. Valori elevati si registrano costantemente in tutte le regioni, anche se in quelle del Nord e del Centro la proporzione di DRG chirurgici risulta essere generalmente molto più alta del valore nazionale, con punte in alcune regioni prossime o superiori (è il caso del Piemonte) alla soglia del 50% dell’attività complessiva.

I tassi standardizzati per i DRG medici (55,6% dei dimessi) continuano a mostrare una rilevante e spes-

so ingiustificata variabilità regionale, sia per i ricoveri ordinari che per la componente diurna.

Gli indicatori di efficienza delle strutture di ricovero e cura comprendono la degenza media (complessiva e per genere) e la DMPO. La degenza media complessiva, sia grezza che standardizzata per *case mix*, è pari a 6,8 giorni per tutto il triennio preso in considerazione (2011-2013). La degenza media divisa per genere è, in tutto il periodo considerato, di 7,1 giorni per la componente maschile, mentre per la componente femminile è di 6,6 giorni nel 2011 e nel 2012 e di 6,5 giorni nel 2013. In tutti gli anni considerati e per entrambi i generi non sono presenti differenze tra la degenza media grezza e standardizzata per *case mix*.

La DMPO, standardizzata per *case mix*, è in lieve calo ed è passata da 1,99 giorni del 2007 a 1,78 giorni del 2013. 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 in linea o lievemente al di sotto del valore nazionale.

La dimensione appropriatezza clinica e organizzativa mette in evidenza evoluzioni interessanti. 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 50,2% del 2013 e registra un aumento di 6,0 punti percentuali solo nell'ultimo anno. 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, Sistema di Valutazione della *Performance* della Regione Toscana etc.) e dall'attenzione che la pubblicistica di settore ed i media hanno riservato a tali problematiche. Nonostante questo buon risultato i valori registrati rimangono lontani dagli obiettivi indicati dalle Linee Guida internazionali e raggiunti in altri Paesi, in particolare del Nord Europa (4-6). Si conferma, inoltre, la forte variabilità regionale con un *range* compreso tra il 16,4% del Molise e valori leggermente al di sopra dell'85% della Valle d'Aosta e della PA di Bolzano.

Nel 2013, si conferma un'elevata variabilità regionale anche per i tassi di ospedalizzazione per le tre procedure ad elevato impatto sociale prese in considerazione (protesi di anca, bypass e angioplastica coronarica). Per i 4 anni considerati (2010-2013) si è assistito ad un aumento del tasso di ospedalizzazione per protesi di 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 al Nord per protesi di 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 all'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.

*Conclusioni* - I dati presentati nel Capitolo mostrano una generale e chiara tendenza, sia a livello nazionale che regionale, verso il raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello normativo, tanto da mettere in discussione il fatto che tali parametri possano essere ancora considerati effettivi ed utili benchmark per il prossimo futuro. 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 riferimento.

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 elevate *performance* registrate in diverse regioni settentrionali e del Centro.

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 decisivo 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 di fronte alle nuove sfide che si profilano per il SSN (l'invecchiamento della popolazione, l'evoluzione tecnologica, la disponibilità di nuovi farmaci più efficaci e costosi e la "personalizzazione" delle cure).

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 ridurre le inutili duplicazioni per realizzare un'effettiva integrazione con i servizi di assistenza distrettuali. Lo scopo è quello di ottimizzare l'utilizzo delle risorse ancora disponibili ridisegnando 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, specialmente 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 occorre poter contare su chiari e rigorosi principi di programmazione centrale, ma 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. Patto per la Salute 2014-2016. Provvedimento del 10 Luglio 2014.
- (4) Acute management and immediate rehabilitation after hip fracture amongst people aged 65 years and over. Wellington, NZ:New Zeland Guidelines Group, June 2003.
- (5) Management of hip fracture in older people. A National clinical guideline.Scottish Intercollegiate Guideline Network. June 2009.
- (6) The management of hip fracture in adults National clinic Guideline Centre. 2001.

## Posti letto ospedalieri per tipologia di attività e regime di ricovero

**Significato.** Fino ai primi anni 2000, la dotazione di Posti Letto (PL), insieme al Tasso di Dimissioni ospedaliere (TD), ha costituito l'ossatura delle indicazioni normative nazionali in tema di programmazione sanitaria. Parallelamente, i PL sono stati ampiamente utilizzati come riferimento e denominatore per il calcolo di molti indicatori di *performance* ospedaliera. Oggi il significato del parametro PL è alquanto ridimensionato, in quanto l'evoluzione del sistema informativo consente di misurare in modo più specifico e dettagliato le caratteristiche dell'offerta e le *performance* del sistema ospedaliero. Tuttavia, il tasso di PL per 1.000 abitanti rappresenta ancora un indicatore normativo utilizzato per pianificare e misurare la struttura dell'offerta ospedaliera di un determinato ambito geografico (nazionale, regionale e locale). A livello nazionale, le indicazioni contenute in atti normativi e di pianificazione degli ultimi anni, in coerenza con i trend registrati in tutti i Paesi sviluppati, hanno progressivamente ridotto il valore di riferimento per que-

sto indicatore. Infatti, la Legge n. 405/2001 prevedeva 4,5 PL per 1.000 residenti (di cui 1,0 PL per 1.000 per degenza post-acuzie); il Patto per Salute 2010-2012 ha indicato lo standard di 4,0 PL per 1.000 residenti (comprensivi di 0,7 PL per 1.000 per riabilitazione e post-acuzie); la Legge n. 135/2012, all'art. 15, ha ulteriormente modificato la dotazione standard a 3,7 PL per 1.000 residenti (comprensivi di 0,7 PL per 1.000 per il *setting* post-acuzie). Il presente contributo illustra il tasso di PL per 1.000 residenti delle regioni e PA al 2013, distinguendo dalla dotazione complessiva quella per tipologia di attività (acuti, lungodegenza e riabilitazione) e, per i PL per acuti, quella per regime di ricovero, Ricovero Ordinario (RO) e ricovero diurno. Infine, viene presentato il confronto tra i tassi regionali di PL per acuti e il TD, con lo scopo di analizzare e valutare, in sintesi, la relazione tra la struttura dell'offerta ed il suo reale utilizzo nelle diverse regioni.

### Tasso di posti letto ospedalieri per tipologia di attività

Numeratore	Posti letto totali per tipologia di attività (acuti, lungodegenza, riabilitazione)	
	_____	x 1.000
Denominatore	Popolazione residente	

### Tasso di posti letto ospedalieri per acuti per regime di ricovero

Numeratore	Posti letto totali per acuti per regime di ricovero (Ricovero Ordinario e ricovero diurno)	
	_____	x 1.000
Denominatore	Popolazione residente	

**Validità e limiti.** I dati sono stati estratti dalla banca dati *open source* del Ministero della Salute per la parte relativa ai PL (3), dalla "Demografia in Cifre" dell'Istituto Nazionale di Statistica per la popolazione residente (4). Nella banca dati dei PL non sono disponibili i dati di sei strutture della Sardegna e di una struttura del Friuli Venezia Giulia per cui per queste regioni i tassi in esame potrebbero essere sottostimati.

La valutazione dei dati deve tenere conto che la dotazione dei PL non è pesata sulla base della struttura demografica della popolazione e che questo parametro, da solo, non consente di fornire un quadro definito ed un giudizio dei servizi ospedalieri offerti alla popolazione poiché tali dimensioni sono condizionate, in modo determinante, dalle modalità di utilizzo dei PL stessi (tasso di occupazione, degenza media, *case mix*, appropriatezza dei ricoveri e dei *setting* assistenziali utilizzati). Occorre tenere in debito conto anche l'impatto della mobilità interregionale, per alcune

regioni rilevante in senso positivo (attrazione) e per altre in senso negativo (fuga), che potrebbe incidere sulla programmazione locale e quindi spiegare in parte la variabilità regionale nella struttura dell'offerta.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Si propone come valore benchmark l'obiettivo indicato dalla Legge n. 135/2012 art. 15, che prevede una dotazione standard di 3,7 PL per 1.000 residenti, comprensivi di 0,7 PL per 1.000 per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie.

### Descrizione dei risultati

Nel corso degli ultimi anni nel nostro Paese, come del resto nel panorama dei Paesi più sviluppati, si è assistito ad una progressiva riduzione e rimodulazione della dotazione di PL ospedalieri pubblici e privati accreditati. Il fenomeno è stato solo in parte determinato dall'evoluzione in senso restrittivo delle indicazioni normative. In molte regioni la riduzione del tas-



so di PL ha spesso preceduto l'emanazione dei parametri di pianificazione nazionale e può essere meglio spiegata dall'esigenza di rendere il sistema ospedaliero più efficiente attraverso la riduzione dei ricoveri meno complessi e potenzialmente inappropriati (RO e ricovero diurno) ed un parallelo incremento dell'assistenza in regime ambulatoriale e domiciliare.

La rilevazione, effettuata al 1 gennaio 2013, mostra che il tasso a livello nazionale è pari a 3,74 PL (per 1.000) residenti, di cui 3,15 PL (per 1.000) per acuti e 0,59 PL (per 1.000) per il complesso del settore post-acuzie, con tassi specifici per tale ambito di 0,16 PL (per 1.000) per strutture di lungodegenza e 0,43 PL (per 1.000) per strutture di riabilitazione. Questi dati confermano che il tasso a livello nazionale non è molto distante dallo standard di riferimento indicato dalla normativa vigente e che, in accordo con quanto già rilevato nel recente passato, la dotazione di PL per acuti è ancora leggermente superiore allo standard, mentre esiste ancora un deficit relativo ai PL per post-acuti dedicati alla riabilitazione ed alla lungodegenza (Tabella 1).

Il tasso complessivo presenta una variabilità regionale di rilievo ed un *range* abbastanza ampio, con il minimo di dotazione della Calabria ed il massimo dell'Emilia-Romagna (rispettivamente, 2,89 e 4,44 PL per 1.000 residenti). I valori rilevati mostrano un evidente gradiente geografico: tutte le regioni del Nord, le Marche, il Lazio e il Molise presentano un tasso al di sopra del valore nazionale; la Toscana, l'Umbria e le regioni meridionali (escluso il Molise) presentano un tasso inferiore.

La componente riabilitativa e di lungodegenza è maggiormente sviluppata nelle regioni del Nord, in particolare in Piemonte, nella PA di Trento e in Emilia-Romagna. La dotazione di PL per post-acuti presenta la più ampia variabilità, con rapporti regionali molto difforni tra la lungodegenza e la riabilitazione. Il dato è di difficile interpretazione essendo, probabilmente, frutto di scelte programmatiche e politiche organizzative specifiche delle singole regioni. Il tasso di PL per acuti per RO è compreso tra 2,03 PL (per 1.000) della Calabria e 3,22 PL (per 1.000) della Valle d'Aosta, mentre per il ricovero diurno tra 0,23 PL (per 1.000) della Puglia e 0,48 PL (per 1.000) del Molise. A livello nazionale, la dotazione di PL per acuti dedicata al ricovero diurno è 0,38 PL (per 1.000), il 12,1% del totale dei PL per acuti.

Come anticipato in precedenza, l'indicatore analizzato non può fornire una misura esaustiva del livello di servizio assicurato alla popolazione di riferimento e risente dei limiti connessi al fenomeno della mobilità sanitaria. In questo senso, il confronto tra i tassi regionali di PL per acuti ed i TD, oltre che fornire una misura del livello di correlazione esistente tra questi due indicatori, è in grado di migliorare la comprensione delle dinamiche di utilizzo delle dotazioni di PL

delle varie regioni. Considerando come valori di riferimento il valore mediano del tasso di PL e del TD (solo per PL e ricoveri per acuti) si ottiene un grafico a quattro quadranti in cui gli indicatori rilevati forniscono quattro diverse rappresentazioni che riassumono con efficacia la situazione e i possibili obiettivi di programmazione delle varie realtà regionali (Grafico 1). In alto a sinistra si posizionano le regioni che associano un tasso di PL per acuti superiore ed un TD inferiore alla mediana: Veneto, Toscana, Lombardia, Marche, Friuli Venezia Giulia ed Emilia-Romagna. Tutte queste regioni, malgrado una struttura dell'offerta potenzialmente sovradimensionata, presentano tassi di ospedalizzazione perfettamente in linea, se non inferiori, ai valori di riferimento. In pratica si può ipotizzare che il *surplus* dei PL sia efficacemente contrastato da un appropriato utilizzo della risorsa e che parte dell'eccedenza sia utilizzata per assicurare i flussi migratori da altre regioni (tutte le regioni considerate presentano un saldo di mobilità attiva, con l'unica eccezione delle Marche). In alto a destra si situano le regioni con un tasso di PL ed un TD superiore alla mediana: Lazio, Liguria, PA di Bolzano, Molise e Valle d'Aosta. Queste regioni esprimono situazioni in controtendenza rispetto alle indicazioni normative ed ai trend registrati a livello nazionale. Peraltro alcune presentano saldi di mobilità negativi per cui sia la sovra-dotazione di PL che il sovra-utilizzo degli stessi potrebbero trovare spiegazione in politiche assistenziali ancora troppo centrate sull'ospedale e/o dipendenti da una domanda ancora poco orientata ad utilizzare estesamente i servizi diagnostici ed assistenziali distrettuali per le patologie di bassa complessità. In basso a destra troviamo le regioni con un tasso di PL inferiore ed un TD superiore alla mediana: Abruzzo, Sardegna, PA di Trento, Puglia, Campania e Sicilia. Questa situazione potrebbe essere dovuta ad un eccesso di ricoveri con un *case mix* di media-bassa complessità che renderebbe ragione di un elevato utilizzo dei PL e, parimenti, di una relativa efficienza operativa. Tale ipotesi andrebbe verificata in tutte le regioni interessate attraverso la lettura congiunta dei tassi di ospedalizzazione e dei valori di *case-mix* regionali. Da considerare, inoltre, che tutte queste regioni, ad eccezione della PA di Trento, presentano un saldo migratorio negativo e, pertanto, all'elevato TD contribuiscono anche strutture di altre regioni. In basso a sinistra si situano 4 regioni che presentano sia un tasso di PL che un TD inferiore alla mediana: Piemonte, Umbria, Basilicata e Calabria. Questa area dovrebbe rappresentare il benchmark ideale per le diverse realtà regionali in quanto sembrano del tutto rispettati e addirittura migliorati i valori indicati dagli standard della programmazione nazionale. Tuttavia, occorre segnalare il caso della Calabria (ed in parte della Basilicata) in cui un tasso di PL estremamente basso ed un TD dello stesso segno potrebbero essere

lo specchio di un'effettiva carenza di offerta di servizi, tanto più che questa regione presenta anche il sal-

do di mobilità negativo più alto del panorama nazionale.

**Tabella 1** - Tasso (per 1.000) di posti letto per tipologia di attività - Situazione al 1 gennaio 2013

Regioni	Acuti	Lungodegenza	Riabilitazione	Totale
Piemonte	3,08	0,31	0,76	4,15
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,66	0,00	0,51	4,17
Lombardia	3,21	0,08	0,67	3,97
Bolzano-Bozen	3,44	0,26	0,33	4,02
Trento	3,05	0,39	0,77	4,21
Veneto	3,24	0,20	0,37	3,81
Friuli Venezia Giulia	3,63	0,10	0,24	3,97
Liguria	3,27	0,11	0,49	3,87
Emilia-Romagna	3,57	0,51	0,36	4,44
Toscana	3,24	0,08	0,25	3,57
Umbria	3,19	0,02	0,39	3,60
Marche	3,29	0,37	0,25	3,91
Lazio	3,31	0,14	0,57	4,02
Abruzzo	3,12	0,16	0,40	3,68
Molise	3,61	0,14	0,66	4,41
Campania	2,91	0,05	0,25	3,20
Puglia	2,92	0,06	0,31	3,29
Basilicata	3,00	0,24	0,34	3,58
Calabria	2,46	0,13	0,30	2,89
Sicilia	2,99	0,07	0,31	3,37
Sardegna	2,99	0,03	0,09	3,11
<b>Italia</b>	<b>3,15</b>	<b>0,16</b>	<b>0,43</b>	<b>3,74</b>

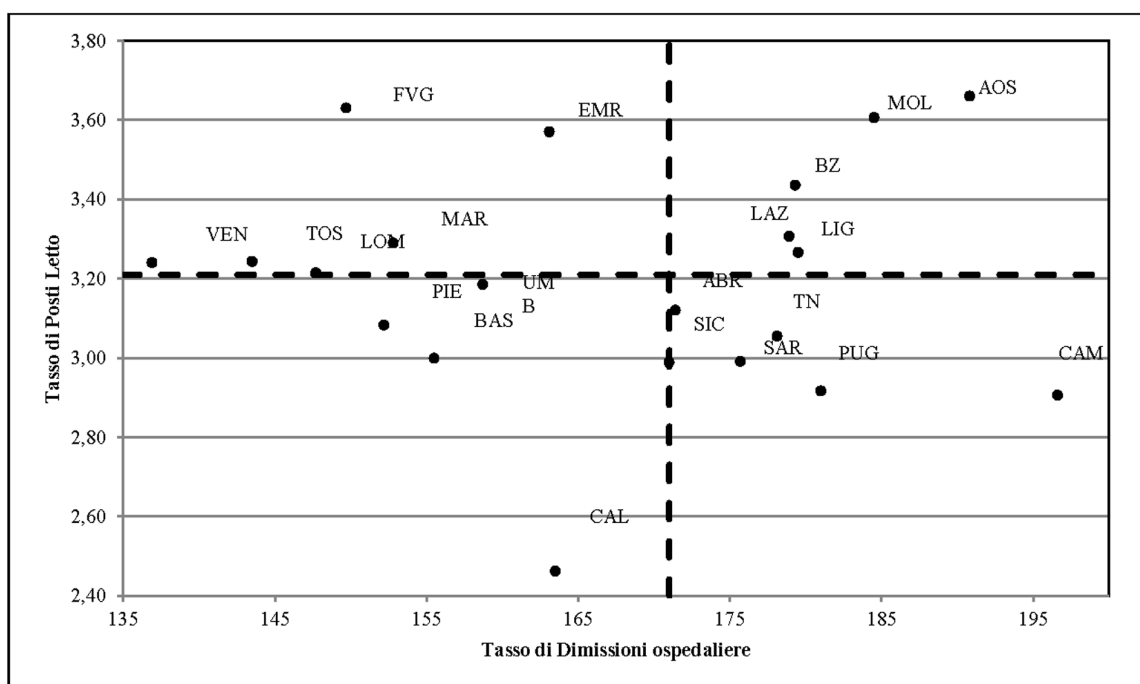
Fonte dei dati: Ministero della Salute. Anno 2014.

**Tabella 2** - Tasso (per 1.000) di posti letto per acuti per regime di ricovero e regione - Situazione al 1 gennaio 2013

Regioni	Ricoveri Ordinari	Ricoveri Diurni	Totale
Piemonte	2,61	0,47	3,08
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,22	0,44	3,66
Lombardia	2,97	0,24	3,21
Bolzano-Bozen	3,08	0,36	3,44
Trento	2,68	0,38	3,05
Veneto	2,88	0,36	3,24
Friuli Venezia Giulia	3,17	0,46	3,63
Liguria	2,82	0,44	3,27
Emilia-Romagna	3,21	0,36	3,57
Toscana	2,79	0,45	3,24
Umbria	2,76	0,43	3,19
Marche	2,85	0,44	3,29
Lazio	2,87	0,43	3,31
Abruzzo	2,69	0,43	3,12
Molise	3,13	0,48	3,61
Campania	2,46	0,45	2,91
Puglia	2,68	0,23	2,92
Basilicata	2,58	0,42	3,00
Calabria	2,03	0,43	2,46
Sicilia	2,54	0,44	2,99
Sardegna	2,60	0,39	2,99
<b>Italia</b>	<b>2,77</b>	<b>0,38</b>	<b>3,15</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Anno 2014.

**Grafico 1** - Tasso (per 1.000) di posti letto per acuti e tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere - Situazione al 1 gennaio 2013



**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. SDO-Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2014.

### Raccomandazioni di Osservasalute

La dotazione di PL è un buon indicatore delle linee di pianificazione sanitaria e ospedaliera di un determinato contesto territoriale e permette di misurare la capacità dei decisori di recepire gli obiettivi dettati a livello nazionale. I valori presentanti si riferiscono al 1 gennaio 2013 e, quindi, la situazione descritta è di fatto contemporanea alle indicazioni della Legge n. 135/2012; di conseguenza, questa analisi rappresenta una fotografia dell'esistente in grado di fornire una misura degli adeguamenti che le singole regioni dovranno attuare per allinearsi allo standard normativo, un punto di partenza più che un punto di arrivo.

Il dato complessivo registrato a livello nazionale nel 2013 è molto vicino all'obiettivo di 3,7 PL per 1.000 residenti. Nonostante il dato nazionale sia vicino al benchmark, la situazione a livello regionale è abbastanza disomogenea e, soprattutto, presenta un'offerta di PL per il post-acuzie molto eterogenea, per lo più sottodimensionata nella maggior parte delle regioni. La transizione demografica ed epidemiologica in corso pone nuove sfide per quanto attiene l'assistenza nel post-acuzie e nella fase della cronicità delle patologie cronico degenerative. Da questo punto di vista è necessaria una attenta rimodulazione dei PL ospeda-

lieri per adeguare l'offerta a queste nuove esigenze. Nel prossimo futuro il tasso di PL potrà essere ulteriormente ridotto e rimodulato man mano che l'ospedale assumerà il ruolo di struttura deputata esclusivamente alla cura dei casi acuti con definita soglia di complessità. Parallelamente, cresceranno le potenzialità diagnostiche ed assistenziali dei servizi ambulatoriali e distrettuali. Allo stato attuale, un contributo fondamentale alla razionalizzazione di questa risorsa potrà essere fornito dal miglioramento dell'efficienza operativa dei nostri ospedali e, soprattutto, dall'adozione di efficaci azioni di contrasto al fenomeno dei ricoveri inappropriati.

### Riferimenti bibliografici

- (1) 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.
- (2) 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.
- (3) Open data, Ministero della Salute. Disponibile sul sito: <http://www.dati.salute.gov.it/>.
- (4) Istat. Geo-demo "Demografia in Cifre". Disponibile sul sito: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it).



## Interventi per frattura del collo del femore

**Significato.** L'indicatore misura la tempestività della risoluzione chirurgica delle fratture del collo del femore nella popolazione *over* 65 anni. La frattura del collo del femore è un evento frequente tra la popolazione anziana (incidenza stimata nella popolazione *over* 65 anni, nel 2009, pari a 77,8 per 10.000) (1) 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 (2-4). 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) (5). Il tempo di attesa per l'intervento per frattura del 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 percorsi clinico assistenziali efficaci, non solo nella fase di accesso e preoperatoria, ma anche nelle successive fasi post intervento e riabilitative, 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 2011, il valore dell'indicatore è >90%, mentre in Paesi come l'Italia e la Spagna continua ad essere inferiore o poco superiore al 50% (6). 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 (7). Inoltre, questo indicatore ha assunto particolare rilevanza nei vari sistemi di monitoraggio e valutazione della *performance* dei servizi sanitari (Piano Nazionale Esiti e Sistema di Valutazione della *Performance* della Regione Toscana). Di seguito saranno illustrati e descritti in dettaglio il trend del valore nazionale dal 2001 al 2013 e i dati regionali registrati dal 2010 al 2013.

### 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 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 di 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 perchè la 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, 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 perchè 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. Il confronto dei dati di seguito presentati con i risultati di altri sistemi di monitoraggio deve tenere conto delle differenze nella definizione dei criteri di inclusione ed esclusione dei casi.

**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 93,0% dei pazienti ricoverati per frattura del collo del femore (8). L'Allegato 2 del Patto per la Salute 2010-2012 prevede come benchmark il valore medio registrato nelle regioni che garantiscono l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza (7). 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 il 70%).

### Descrizione dei risultati

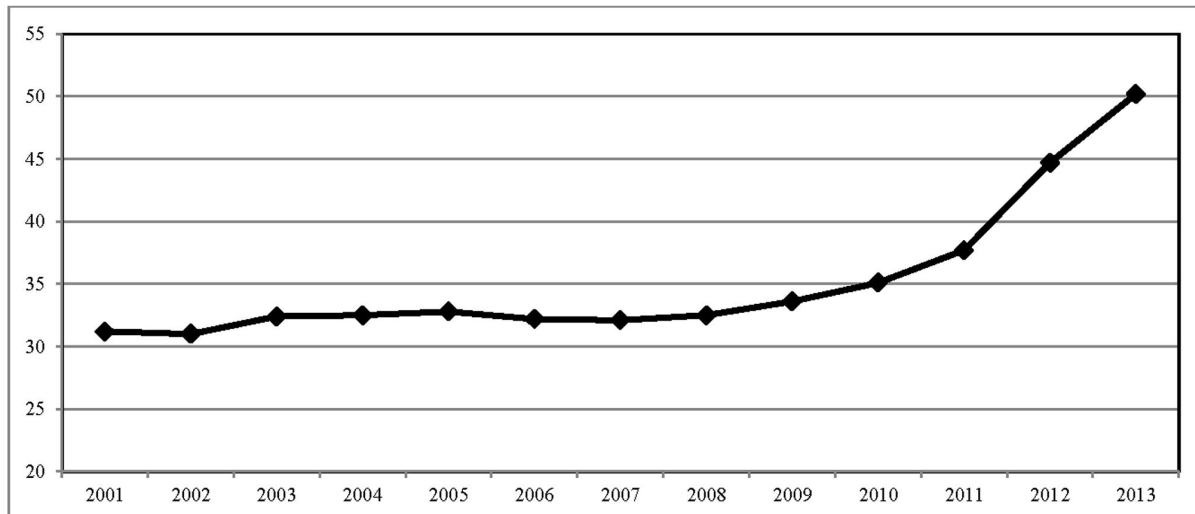
La percentuale, a livello nazionale, di interventi per frattura del femore eseguiti in pazienti di 65 anni ed oltre entro 2 giorni dal ricovero si è mantenuta costante dal 2001 al 2008 (tra il 31,2% e il 32,5%). Dal 2009 ha subito un rapido incremento, passando dal 33,6% al 50,3% del 2013, con un incremento più consistente negli ultimi 2 anni in cui la percentuale nazionale è aumentata di 12,6 punti percentuali, passando dal 37,7% del 2011 al 50,3% del 2013 (Grafico 1 e Tabella 1).

Il valore dell'indicatore considerato presenta ancora un elevato *range* che va dal 16,4% del Molise all'85,2% della Valle d'Aosta oltre che un'elevata variabilità regionale. Le regioni che presentano un valore sensibilmente superiore al dato nazionale sono, oltre alla Valle d'Aosta, la PA di Bolzano, la PA di

Trento, il Piemonte, il Veneto, l'Emilia-Romagna, la Toscana, le Marche e la Sicilia. Hanno un valore lievemente superiore al dato nazionale il Friuli Venezia Giulia e la Basilicata. Registrano un valore lievemente al di sotto del valore nazionale il Lazio, la Lombardia e l'Umbria, mentre un valore sensibilmente più basso la Liguria, l'Umbria e tutte le regioni meridionali ad eccezione della Basilicata e della Sicilia.

La Tabella 1 ed il Grafico 2 mostrano che nell'ultimo anno la percentuale di interventi eseguiti entro 2 giorni dal ricovero ha registrato un aumento, anche molto consistente, in tutte le regioni e che tra il 2010 ed il 2013 le uniche regioni che non hanno confermato questo trend positivo sono il Molise e la PA di Bolzano che, comunque, già presentava in tutte le serie storiche un valore elevato. Le regioni con l'aumento più marcato sono la Basilicata e la Sicilia, passate rispettivamente dal 21,4% al 52,9% e dal 16,1% al 57,0%. Un aumento consistente del valore considerato si è avuto anche in regioni che partivano da percentuali più elevate come l'Emilia-Romagna, il Veneto, la PA di Trento, il Piemonte e il Lazio.

**Grafico 1** - Percentuale di pazienti di età 65 anni ed oltre operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore - Anni 2001-2013

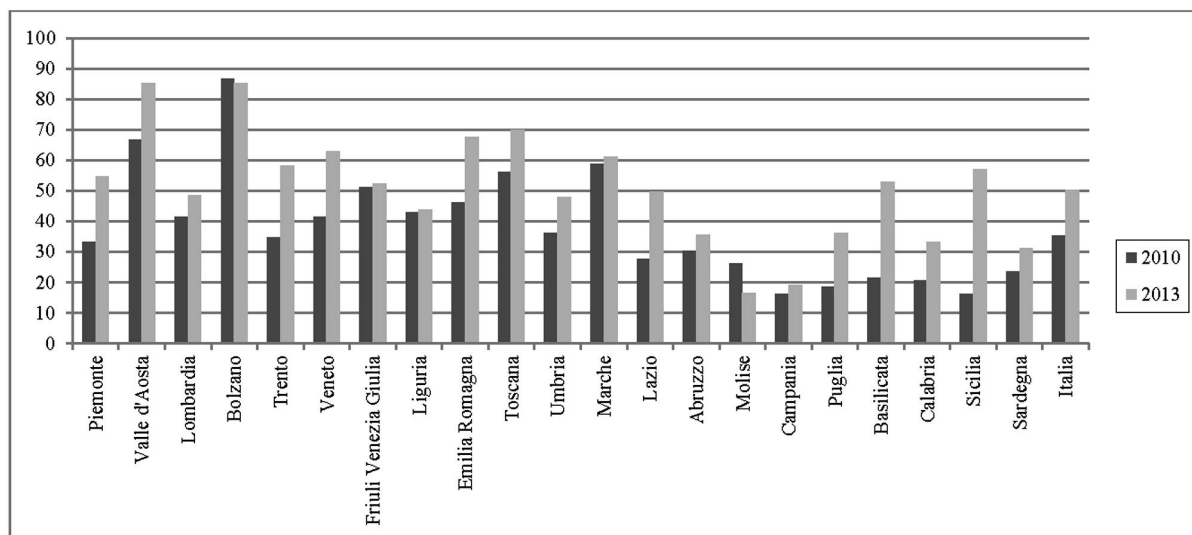


Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

**Tabella 1** - Percentuale di pazienti di età 65 anni ed oltre operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2010-2013

Regioni	2010	2011	2012	2013
Piemonte	33,3	35,3	45,5	54,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	66,7	74,7	73,6	85,2
Lombardia	41,4	41,9	45,3	48,5
Bolzano-Bozen	86,6	85,4	82,8	85,1
Trento	34,6	33,6	42,0	58,1
Veneto	41,5	42,5	52,6	62,9
Friuli Venezia Giulia	51,1	51,6	51,6	52,3
Liguria	43,0	45,9	38,4	43,7
Emilia-Romagna	46,0	53,7	60,7	67,7
Toscana	56,0	58,6	69,3	70,0
Umbria	36,1	33,8	37,0	47,9
Marche	58,6	58,7	57,6	61,0
Lazio	27,5	32,3	36,9	49,8
Abruzzo	30,3	24,7	31,8	35,6
Molise	26,2	21,2	13,8	16,4
Campania	16,3	16,8	16,9	19,0
Puglia	18,4	24,6	29,7	36,2
Basilicata	21,4	20,9	35,6	52,9
Calabria	20,6	21,0	29,5	33,2
Sicilia	16,1	25,2	55,6	57,0
Sardegna	23,5	27,5	26,4	31,2
<b>Italia</b>	<b>35,1</b>	<b>37,7</b>	<b>44,7</b>	<b>50,2</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

**Grafico 2** - Percentuale di pazienti di età 65 anni ed oltre operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2010, 2013

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

### Raccomandazioni di Osservasalute

I dati mostrano che, negli ultimi 4 anni, la percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni per pazienti di 65 anni ed oltre ha subito un incremento, più o meno marcato, nella quasi totalità delle regioni. Questi miglioramenti evidenziano come sia possibile, attraverso l'adozione di appropriate misure organizzative, incrementare la *performance* anche nel breve periodo. Nonostante il netto miglioramento rispetto al passato, il risultato

nazionale rimane ancora basso se confrontato con la *performance* di altri Paesi occidentali e con le raccomandazioni presenti in letteratura. Di conseguenza, fondamentale è continuare ad indagare e correggere le cause del ritardo dell'intervento per frattura del collo del femore nei vari contesti operativi. Tali impedimenti possono essere di ordine clinico, legati alle condizioni del paziente, oppure organizzativi, in relazione alla disponibilità di sale e sedute operatorie 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 potrebbero, pertanto, riguardare molteplici fattori, sia dell'ambito clinico assistenziale che di 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 (4). 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 con frattura del collo del femore (percorso ortogeriatrico) dal primo soccorso alla riabilitazione che preveda un approccio integrato e coordinato tra più specialisti e professionisti (anestesista, internista, chirurgo, fisiatra, infermiere e fisioterapista).

#### Riferimenti bibliografici

- (1) Piscitelli P, Feola M, Rao C, Celi M, Gasbarra E, Neglia C, Quarta G, Liuni FM, Parri S, Iolascon G, Brandi ML, Distante A, Tarantino U. Ten years of hip fractures in Italy: For the first time a decreasing trend in elderly women. *World Journal of orthopedics*. 2014 Jul 18; 5 (3): 386-91.
- (2) Acute management and immediate rehabilitation after hip fracture amongst people aged 65 years and over. Wellington, NZ: New Zealand Guidelines Group, June 2003.
- (3) Management of hip fracture in older people. A National clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guideline Network. June 2009.
- (4) The management of hip fracture in adults. National clinical Guideline Centre. 2011.
- (5) 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.
- (6) Health Care Quality Indicators, OECD. Disponibile sul sito: [http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_HCQI](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_HCQI).
- (7) 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.
- (8) 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](http://www.shfa.scot.nhs.uk).

## Ospedalizzazione di patologie ad elevato impatto sociale

**Significato.** Il presente contributo analizza e descrive i tassi di ospedalizzazione nella popolazione anziana (>65 anni) di tre procedure terapeutiche relative a patologie ad alta prevalenza ed elevato impatto sociale: interventi per protesi di anca, bypass coronarico e angioplastica coronarica. 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: caratteristiche socio-economiche e demografiche dei pazienti, attitudini dei professionisti e contesto istituzionale ed organizzativo. In particolare, un'elevata variabilità del tasso di intervento per una specifica

procedura può essere dovuta, oltre che alla prevalenza della patologia di interesse in un determinato ambito geografico, alla difficoltà da parte del paziente di scegliere fra le varie opzioni di trattamento, alla mancanza di un elevato consenso professionale circa le scelte terapeutiche ed alla presenza di diseguglianze 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 inappropriata organizzazione.

### *Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici per protesi di anca\**

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

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

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

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

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

\*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, pertanto, 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 per cui i risultati indicano i trend di erogazione di tali procedure chirurgiche da parte dei cittadini di una data regione indipendente-

mente 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 alle quali operare confronti, si considera come riferimento il valore nazionale.

### **Descrizione dei risultati**

Nel 2013, il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere nazionale nella popolazione anziana dell'intervento per protesi di anca (Tabella 1 e Grafico 1) è pari a 601,7 (per 100.000). L'indicatore mostra un lieve incremento rispetto al 2012 (596,8 per 100.000). Per



questa procedura si evidenzia una notevole variabilità regionale ed un *range* elevatissimo con un valore minimo di 345,1 interventi (per 100.000) della Sardegna ed un valore massimo di 1.001,0 interventi (per 100.000) della PA di Bolzano. L'analisi dei dati mostra un netto gradiente Nord-Sud ed Isole, con tassi al di sopra del valore nazionale in tutte le regioni settentrionali e centrali, ad eccezione di Umbria, Marche e Lazio, che presentano valori inferiori al dato nazionale come tutte le regioni meridionali. Considerando i trend regionali nel triennio 2010-2013, il tasso presenta un significativo aumento in Molise, Abruzzo, Calabria e Lazio, regioni che registravano valori molto inferiori al valore nazionale nel 2010. Un forte incremento del tasso si evidenzia nella PA di Bolzano che passa, tra il 2012 e il 2013, da 865,5 a 1.001,0 (per 100.000) (Tabella 1 e Grafico 1). Nel 2013, il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere nella popolazione anziana per interventi chirurgici per bypass coronarico (Tabella 2 e Grafico 2) è di 116,2 (per 100.000), con un trend rispetto al 2010 (133,8 per 100.000) in costante diminuzione. Per questa procedura non si evidenzia un gradiente geografico, ma una consistente variabilità regionale ed un *range* elevato, con un valore minimo di 64,6 (per 100.000) nella PA di Bolzano ad un massimo di 154,4 (per 100.000) in Molise. Analizzando i singoli trend regionali nel periodo 2010-2013, il maggiore decremento si registra nelle Marche (da 147,4 a 102,6 per 100.000) e a seguire in Toscana, Lombardia, Molise, Lazio, Piemonte, Umbria e Abruzzo. Al contrario, un trend in aumento si registra in Valle d'Aosta, PA di Trento, Liguria e Calabria. Rispetto al 2012, nell'ultimo anno si registra uno spiccato aumento del tasso in Molise (da 128,0 a 154,5 per 100.000) che, tuttavia, negli ultimi anni, forse anche a causa della casistica limitata, ha mostrato significative variazioni.

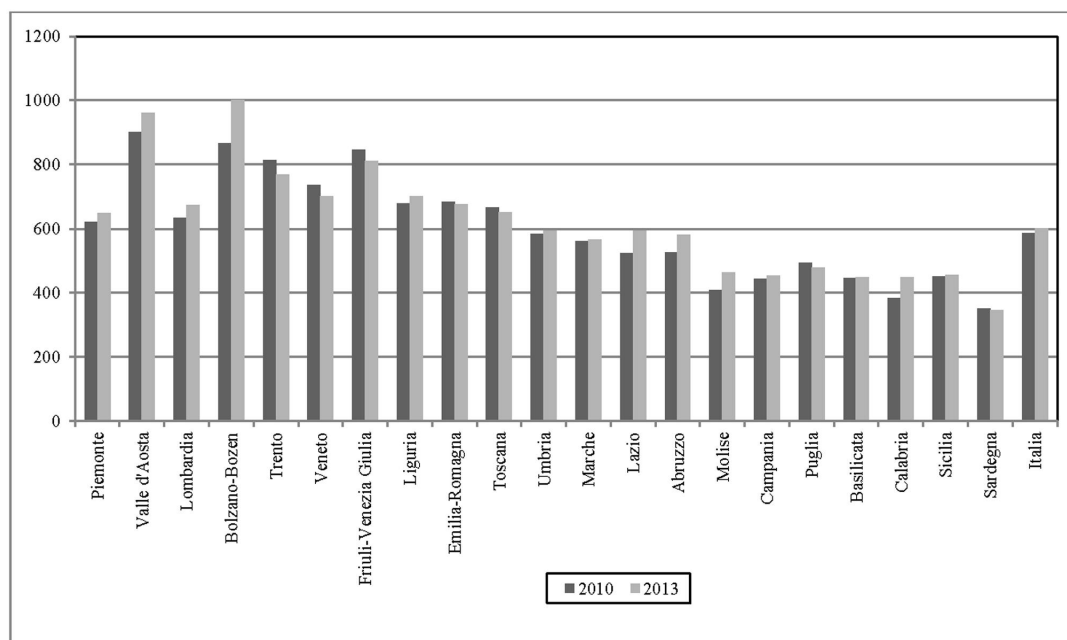
Il terzo indicatore in esame si riferisce al tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere nella popolazione anziana per angioplastica coronarica. Il valore nazionale si attesta nel 2013 (Tabella 3, Grafico 3), a 586,9 (per 100.000), in sensibile aumento rispetto al dato del 2010 (520,4 per 100.000). Come per gli altri indicatori precedentemente menzionati, anche in questo caso si registra una considerevole variabilità regionale nei tassi: il *range* varia, infatti, da 308,5 (per 100.000) del Friuli Venezia Giulia a 697,6 (per 100.000) della Lombardia. Tra il 2010 e il 2013 il tasso di interventi aumenta in tutte le regioni, ad eccezione del Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna e Toscana. Incrementi più significativi, rispetto al 2010, si registrano in Sicilia, Valle d'Aosta, Marche, PA di Trento, Calabria, Campania e Abruzzo.

La lettura congiunta dei tassi di ospedalizzazione per bypass coronarico e angioplastica (Tabella 2 e 3, Grafico 2 e 3) evidenzia che, tra il 2010 e il 2013, in buona parte delle regioni si assiste ad una riduzione del tasso di bypass coronarico e ad un aumento del tasso di angioplastica coronarica. Ad eccezione del Piemonte e dell'Umbria, dove la variazione dei due tassi in esame è di segno opposto e si compensa nei valori complessivi, per le altre regioni l'aumento del tasso di ospedalizzazione per angioplastica è di dimensioni notevolmente maggiore rispetto alla riduzione dei tassi di intervento per bypass coronarico. In 3 regioni (PA di Trento, Valle d'Aosta e Calabria) si registra un aumento dell'utilizzo di entrambe le procedure, mentre in Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Toscana si assiste ad una riduzione di entrambi i tassi. Solo in Liguria si assiste ad una forte riduzione del tasso di angioplastica coronarica a fronte di un lieve aumento del tasso di bypass coronarico.

**Tabella 1** - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per protesi di anca di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010-2013

Regioni	2010	2011	2012	2013
Piemonte	622,1	641,7	638,7	648,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	901,0	873,1	947,4	962,0
Lombardia	633,8	635,9	660,9	672,4
Bolzano-Bozen	865,5	865,8	863,9	1001,0
Trento	812,5	762,1	770,0	768,1
Veneto	734,7	714,1	719,9	701,8
Friuli Venezia Giulia	845,5	823,8	820,5	811,5
Liguria	678,6	645,8	654,3	700,8
Emilia-Romagna	683,0	673,6	676,0	676,2
Toscana	666,2	635,8	635,5	651,5
Umbria	584,6	578,3	605,1	593,4
Marche	560,8	598,1	586,2	565,6
Lazio	523,7	538,0	574,4	593,3
Abruzzo	526,8	566,9	564,9	580,7
Molise	407,5	459,8	481,6	464,5
Campania	444,4	447,0	453,9	453,0
Puglia	494,2	491,4	481,6	479,2
Basilicata	446,4	401,0	455,3	449,9
Calabria	383,5	402,1	438,4	449,4
Sicilia	452,4	445,3	463,2	455,2
Sardegna	351,6	366,9	362,2	345,1
<b>Italia</b>	<b>587,0</b>	<b>585,5</b>	<b>596,8</b>	<b>601,7</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

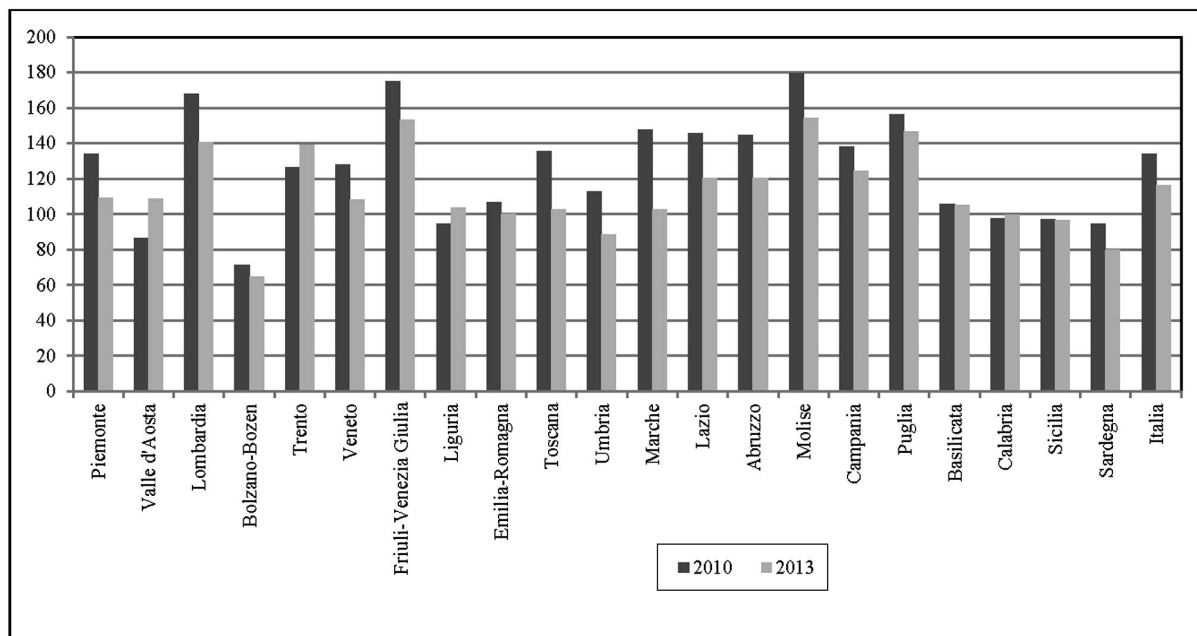
**Grafico 1** - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per protesi di anca di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010, 2013

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

**Tabella 2** - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per bypass coronarico di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010-2013

Regioni	2010	2011	2012	2013
Piemonte	133,8	127,2	114,7	108,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	86,3	123,1	111,0	108,5
Lombardia	168,1	154,8	145,2	140,6
Bolzano-Bozen	71,2	68,2	79,9	64,6
Trento	126,5	125,5	148,2	139,1
Veneto	128,0	112,4	113,7	108,4
Friuli Venezia Giulia	174,8	160,7	156,3	153,4
Liguria	94,6	87,3	96,7	103,4
Emilia-Romagna	106,5	105,9	100,5	100,0
Toscana	135,3	126,0	113,3	102,8
Umbria	112,7	80,4	96,9	88,2
Marche	147,4	129,3	139,4	102,6
Lazio	145,5	129,8	134,0	120,5
Abruzzo	144,7	139,6	136,1	120,2
Molise	179,5	145,7	128,0	154,4
Campania	137,8	117,3	120,9	124,3
Puglia	156,0	153,2	152,5	146,4
Basilicata	105,7	106,4	103,9	105,0
Calabria	97,4	99,4	103,3	99,8
Sicilia	97,1	100,5	96,2	96,7
Sardegna	94,6	100,9	88,2	79,5
<b>Italia</b>	<b>133,8</b>	<b>124,6</b>	<b>121,7</b>	<b>116,2</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

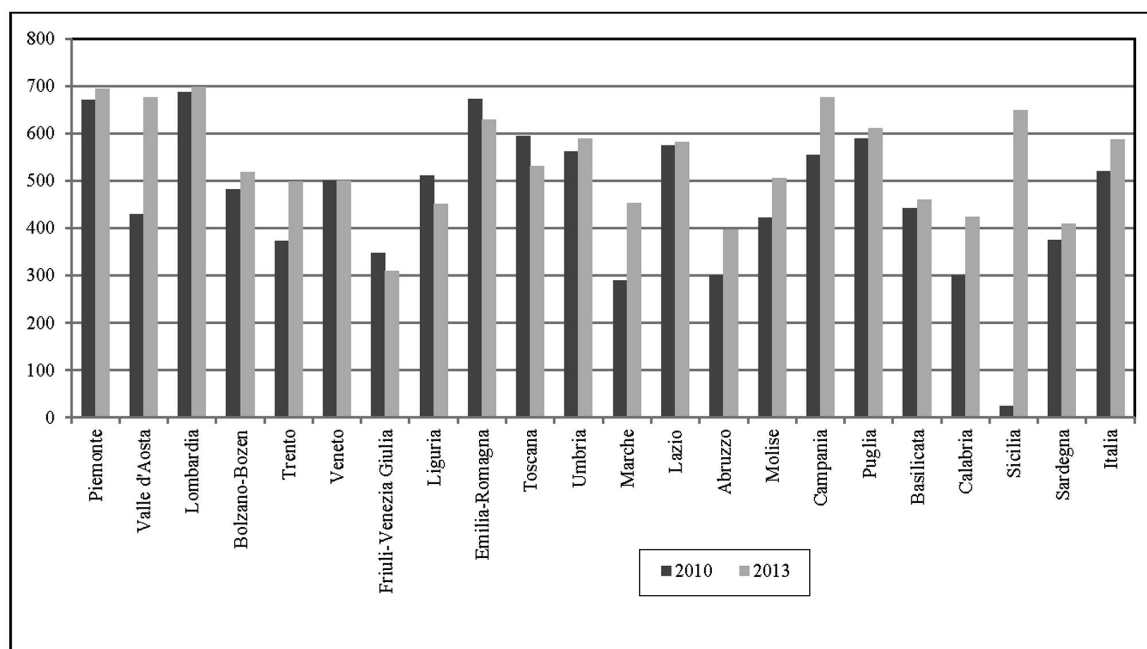
**Grafico 2** - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per bypass coronarico di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010, 2013

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

**Tabella 3** - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per angioplastica coronarica di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010-2013

Regioni	2010	2011	2012	2013
Piemonte	669,9	666,5	685,1	693,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	428,0	634,3	740,2	676,3
Lombardia	686,7	700,6	702,6	697,6
Bolzano-Bozen	481,7	466,5	460,0	516,9
Trento	372,7	480,6	484,2	497,3
Veneto	499,8	485,5	496,8	499,9
Friuli Venezia Giulia	346,2	326,9	338,6	308,5
Liguria	510,8	478,3	453,1	450,4
Emilia-Romagna	672,5	647,2	637,2	628,9
Toscana	594,0	543,9	549,8	530,2
Umbria	561,6	550,5	547,6	589,1
Marche	289,4	372,4	346,9	452,0
Lazio	574,9	510,5	607,9	582,1
Abruzzo	299,9	297,5	382,1	396,2
Molise	421,7	365,6	464,4	504,1
Campania	554,6	599,0	628,7	675,2
Puglia	588,1	571,8	571,8	609,9
Basilicata	442,2	433,1	433,4	459,1
Calabria	299,2	425,7	428,8	423,8
Sicilia	24,2	605,8	628,5	649,0
Sardegna	374,2	383,5	397,7	408,1
<b>Italia</b>	<b>520,4</b>	<b>561,8</b>	<b>579,2</b>	<b>586,9</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

**Grafico 3** - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere per interventi chirurgici per angioplastica coronarica di pazienti di età 65 anni ed oltre per regione - Anni 2010, 2013

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

### 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 indicatori 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; sarebbe, quindi, auspicabile che nelle regioni in cui si registrano basse *performance* il fenomeno sia valutato con attenzione, al fine di avviare azioni volte a migliorare l'equità nell'accesso ai servizi (1), ovvero di 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 potrebbe essere correlata anche alla struttura dell'offerta (disponibilità di adeguate strutture

specialistiche) e al comportamento dei clinici rispetto alle indicazioni di eleggibilità previste dalle Linee Guida per i quadri patologici considerati (1). Anche la lettura congiunta dei tassi di angioplastica coronarica e bypass coronarico può fornire ulteriori elementi di discussione per studiare il fenomeno della variabilità interregionale nell'arco temporale dei 4 anni. Infatti, la riduzione del tasso di dimissione per bypass coronarico (a livello nazionale e nella maggior parte delle regioni) è in parte accompagnata dall'aumento del tasso di dimissione per angioplastica coronarica. Resta, però, da evidenziare che in alcune regioni questo andamento non si registra per cui i determinanti della variazione dei tassi in esame vanno ricercati in molteplici direzioni (trend epidemiologici, modifica delle indicazioni per l'utilizzo della procedura e della struttura dell'offerta) attraverso accurate valutazioni condotte nei vari contesti.

Alla luce di queste considerazioni sarebbe opportuno incentivare le regioni che presentano gli scostamenti più elevati e valutare in dettaglio i fenomeni, eventualmente promuovendo azioni per migliorare l'appropriatezza clinica ed 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.



## Promozione della trasparenza e della legalità nelle Aziende Sanitarie

Dott. Ottavio Nicastro, Dott. Lorenzo Broccoli, Dott. Giampiero Cilione

Nel corso del 2012 e nei primi mesi del 2013 è stato avviato un percorso di ammodernamento ed innovazione del quadro normativo sul tema della trasparenza, della legalità e della prevenzione della corruzione nella Pubblica Amministrazione (Tabella 1). La normativa promulgata interessa pienamente anche il sistema di tutela della salute, sanitario e sociale, chiamato a rispondere concretamente ai principi di trasparenza, correttezza, legalità ed etica pubblica.

La Legge n. 190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella Pubblica Amministrazione” rappresenta la norma cardine di un sistema di riforme volte a rimuovere le inadeguatezze della normativa sul fronte sia del contrasto che della prevenzione della corruzione.

La Legge n. 190/2012 è una norma complessa e composita: investe una pluralità di Enti e Amministrazioni, prevede numerosi documenti attuativi e affronta alcuni temi fondamentali. In particolare, detta misure volte alla trasparenza dell’attività amministrativa, compresa l’attività relativa agli appalti pubblici e l’attribuzione di posizioni dirigenziali, oltre a misure per l’assolvimento di obblighi informativi ai cittadini, prevede una stringente disciplina delle incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi di dipendenti pubblici, stabilisce la definizione di un codice di comportamento dei pubblici dipendenti etc..

Il cuore della Legge n. 190/2012 è rappresentato dalla predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione e, in ogni Ente pubblico, dei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione, oltre che dall’introduzione della figura del responsabile per la prevenzione della corruzione. Il Piano Triennale Prevenzione Corruzione dovrà presentare dati e informazioni rispetto ai quali sarà possibile delineare una prima fase di monitoraggio dei processi, caratterizzata dalla descrizione degli stessi, dall’individuazione del responsabile e degli uffici afferenti. Successivamente, ai fini della gestione del rischio, occorre riscontrare i processi riconducibili alle aree a rischio. La Legge n. 190/2012 ha previsto, all’art. 1, comma 44, l’emanazione di un nuovo Codice di comportamento dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni: l’obiettivo dichiarato è contribuire ad assicurare qualità dei servizi, prevenzione dei fenomeni di corruzione, rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell’interesse pubblico.

Il nuovo Codice di comportamento è stato emanato con DPR n. 62/2013 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.” Il Codice definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare. Tali norme possono essere integrate dai Codici di comportamento che saranno adottati dalle singole Amministrazioni. Il Codice di comportamento è uno strumento che deve rispondere ai principi di dinamicità, modularità e progressività e ogni Azienda è tenuta ad adottare il proprio Codice, tenuto conto di questi principi e salvaguardando le proprie esigenze e peculiarità.

La rivoluzione in materia di trasparenza è contenuta nel D. Lgs. n. 33/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”, adottato in attuazione della Legge n. 190/2012. L’aspetto più innovativo, contenuto nella disciplina, è il “diritto alla trasparenza”. La trasparenza va intesa come “accessibilità totale alle informazioni” concernenti ogni aspetto dell’organizzazione, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità.

È prevista l’approvazione di un Piano triennale per la trasparenza e l’integrità che deve definire le misure, i modi e le iniziative volti all’attuazione degli obblighi di pubblicazione, ivi comprese le misure organizzative e le procedure tecniche volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi.

Relativamente all’applicazione della normativa sopra citata, l’Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari Regionali ha recentemente pubblicato (1) i risultati di una indagine effettuata tra settembre 2013 e febbraio 2014 per monitorare il rispetto da parte di tutte le Aziende Sanitarie italiane di alcuni adempimenti. Nello specifico è stata verificata, per ogni Azienda Sanitaria, la presenza delle seguenti informazioni: la nomina del responsabile della prevenzione della corruzione; la pubblicazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione; la trasparenza sui vertici delle organizzazioni, con la pubblicazione sui siti istituzionali delle Aziende dei *curricula*, dell’atto di nomina e dei compensi dei Direttori Generale, Sanitario ed Amministrativo. Il punteggio attribuito, in base ai criteri individuati, alle Aziende Sanitarie, raggruppate per regione, è stato dell’86%. Il dato risulta, però, disomogeneo a livello territoriale, con regioni che risultano totalmente o sostanzialmente adempienti (Liguria e Basilicata 100%, seguite da Piemonte 97%, Friuli Venezia Giulia 96%, Toscana 95%, Abruzzo 94%, Veneto 93%, Emilia-Romagna 93% e Lombardia 92%) e altre, invece, con *performance* decisamente inferiori come Calabria (51%) e Campania (45%).

Dall'analisi dei siti istituzionali delle 242 Aziende Sanitarie di tutte le regioni si evince che, al 14 febbraio 2014, 228 Aziende Sanitarie (94,2%) avevano nominato i responsabili anticorruzione e 220 (90,9%) i responsabili della trasparenza. Nell'81,0% dei casi è stato possibile trovare sul *web* il *curriculum* del responsabile della prevenzione della corruzione, nell'81,4% il suo atto di nomina e nell'84,3% il suo compenso. Secondo il monitoraggio sono, inoltre, disponibili *online* 211 Piani di prevenzione della corruzione e 174 Programmi per la trasparenza e l'integrità, rispettivamente l'87,2% ed il 71,9% del totale.

Rispetto ai contenuti, un'analisi qualitativa di 49 Piani ha permesso di rilevare che nel 93,9% dei casi il responsabile per la prevenzione della corruzione è stato supportato da un gruppo multidisciplinare. Nell'81,6% dei Piani è stata effettuata una valutazione dei rischi delle diverse strutture organizzative e nel 93,9% si riscontra la presenza di un cronoprogramma delle diverse attività da affrontare nel breve/medio periodo e, talvolta, anche in prospettiva triennale. Il 91,8% dei Piani prevede, inoltre, percorsi formativi per gli operatori coinvolti nei vari processi analizzati. Solo nel 57,1% dei documenti, infine, si è osservato un approccio al tema della rotazione del personale che riveste posizioni lavorative a maggior rischio di corruzione.

Per quanto riguarda le attività promosse dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, questa, in attuazione della Delibera n.71/2013 "Attestazioni Organismi Indipendenti di Valutazione sull'assolvimento di specifici obblighi di pubblicazione e attività di vigilanza e controllo della Commissione", ha effettuato specifiche verifiche sul livello e sulla qualità dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione (con particolare riferimento ai pagamenti, alle società partecipate, alle tipologie di procedimento, all'accesso civico e ai servizi erogati).

Le verifiche sono state effettuate su un campione di 30 Aziende Sanitarie, selezionate tenendo conto della distribuzione sul territorio nazionale e delle dimensioni dell'organizzazione. Dall'analisi effettuata sono state rilevate carenze nella pubblicazione dei dati oggetto di monitoraggio. A fronte di richieste di precisazione e di una ulteriore verifica sui siti aziendali effettuata dall'Autorità Nazionale Anticorruzione a maggio e all'inizio di giugno 2014, è stato riscontrato che permangono in gran parte delle Aziende Sanitarie criticità in termini di completezza e di qualità dei contenuti della pubblicazione dei dati relativi ai pagamenti, alle tipologie di procedimento ed ai servizi erogati (2).

**Tabella 1** - *Quadro normativo sul tema della trasparenza, legalità e prevenzione della corruzione nella Pubblica Amministrazione*

Legge n. 190/2012: Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione.

D. Lgs. n. 235/2012: Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell'art. 1, comma 63, della Legge n. 190/2012.

D. Lgs. n. 33/2013: Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni.

D. Lgs. n. 39/2013: Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni e presso gli Enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190/2012.

DPR n. 62/2013: Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D. Lgs. n. 165/2001.

**Riferimenti bibliografici**

(1) Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - Agenas. Monitor 35. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute. Trimestrale dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Anno XIII, numero 35, 2014.

(2) Autorità Nazionale Anticorruzione - A.N.A.C. Esiti della vigilanza e Rapporti di monitoraggio su Azienda Sanitarie Locali o Provinciali. Maggio 2014).

## **Prestazioni di specialistica ambulatoriale ad alto rischio di inappropriata se effettuati in regime di ricovero**

Dott.ssa Carla Ceccolini, Dott.ssa Elisabetta Santori, Dott.ssa Lidia Di Minco, Prof.ssa Flavia Carle

La rilevazione del flusso dell'attività specialistica ambulatoriale è disciplinata dalla Legge n. 326/2003, art. 50, che detta disposizioni in materia di monitoraggio della spesa del settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie. L'attuazione di tale disposizione prevede interventi finalizzati al monitoraggio della spesa sanitaria, in particolare attraverso la raccolta dei dati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate sulla base delle prescrizioni mediche a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Le informazioni relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale vengono rilevate, su base individuale, con cadenza mensile e trasmesse dalle strutture sanitarie al Ministero dell'Economia e delle Finanze entro il decimo giorno del mese successivo al periodo di erogazione della prestazione.

I predetti contenuti informativi sono trasmessi al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute secondo le modalità stabilite dalla Legge n. 326/2003, art. 50, comma 10.

Il nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili dal SSN è stato approvato con Decreto del Ministro della Sanità (DM 22 luglio 1996), che ne ha fissato le tariffe di riferimento nazionali, recentemente aggiornate con DM 18 ottobre 2012. All'elenco delle prestazioni indicate nel DM devono anche aggiungersi le prestazioni, eventualmente individuate dalle Regioni, che si configurano come modifiche descrittive delle prestazioni elencate nel citato DM e in queste ultime comprese oppure presentano modifiche delle unità di misura previste nel suddetto DM.

Sono erogabili a carico del SSN e costituiscono Livelli Essenziali di Assistenza anche le prestazioni di chirurgia ambulatoriale e di diagnostica strumentale, precedentemente erogate in regime di ricovero, solo se effettuate in ambulatori situati nell'ambito di un Presidio Ospedaliero o in ambulatori specificatamente riconosciuti dalle Regioni per l'erogazione di quelle prestazioni a tutela della salute dei pazienti.

Nel nomenclatore nazionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, ciascuna prestazione è identificata da uno specifico codice numerico ricavato dalla traduzione italiana della Classificazione internazionale degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche (ICD-9-CM). Fanno eccezione le procedure di laboratorio, per la cui codifica è stato adottato un sistema di numerazione progressiva delle prestazioni elencate in ordine alfabetico e per macro-tipologie (biochimica, immunologia-immunopatologia-tipizzazione tissutale, microbiologia, genetica-biologia molecolare, citologia-istologia e anatomia patologica).

Il Patto per la Salute 2010-2012, sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 3 dicembre 2009, pone, tra gli obiettivi, l'incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri. A tal proposito è stata introdotta una lista di prestazioni da trasferire in regime ambulatoriale (Allegato A del Patto per la Salute) perchè ad alto rischio di inappropriata organizzativa se venissero erogate in regime di ricovero, seppure di breve durata, diurno o in Day Surgery (DS). Nel suddetto Accordo si stabilisce che le Regioni e le PA provvedano a definire anche pacchetti di prestazioni da erogare in regime ambulatoriale in modo da garantire minori oneri a carico del SSN.

Con riferimento alla Tabella 1 si ritiene opportuno precisare che il Codice nomenclatore regionale appare così come indicato nei relativi nomenclatori regionali. Inoltre, in taluni casi, l'acquisizione a sistema della "Descrizione del codice nomenclatore regionale" ha subito una troncatura nella parte finale della descrizione e, pertanto, è stato necessario da parte degli Autori completare quelle descrizioni che altrimenti sarebbero risultate incomplete.

Le prestazioni incluse nell'elenco dell'Allegato A del Patto per la Salute 2010-2012 sono tutte prestazioni da erogare in ambulatori situati nell'ambito di un Presidio Ospedaliero o in ambulatori specificatamente riconosciuti dalle Regioni per l'erogazione di quelle prestazioni. Ad ogni prestazione dell'elenco è associato un codice del nomenclatore nazionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Il flusso informativo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, avviato già da alcuni anni, è ormai regolarmente alimentato con i dati trasmessi da tutte le Regioni e le PA. Il volume complessivo delle prestazioni ambulatoriali, erogate dal SSN, ammonta a circa 700 milioni annui di prestazioni specialistiche. Un monitoraggio costante dei dati rilevati da questo flusso informativo fornirebbe un'ampia e assai più dettagliata visione di quanto finora è emerso esaminando i dati sull'assistenza specialistica territoriale, raccolti con il modello ministeriale STS.21 di cui al Decreto del Ministro della Salute (DM 5 dicembre 2006). Questo modello, infatti, rileva il numero complessivo delle prestazioni erogate per singole branche specialistiche senza alcun dettaglio sulla tipologia della prestazione. Pertanto, il modello di rilevazione STS.21 è ormai ritenuto superato.

Al fine di verificare se le prestazioni in elenco nell'Allegato A del Patto per la Salute 2010-2012 abbiano o

meno trovato una più appropriata collocazione passando dal *setting* assistenziale ospedaliero a quello ambulatoriale, è stata di fondamentale importanza l'attività dell'Ufficio di Coordinamento, sviluppo e gestione del NSIS del Ministero della Salute. Detto Ufficio ha dapprima provveduto ad individuare la corrispondenza tra i codici delle prestazioni indicate nell'Allegato A del Patto per la Salute ed i corrispettivi codici presenti nei nomenclatori regionali (Tabella 1 in Appendice). Eseguite le attività di estrazione dei dati, l'Ufficio ha messo a disposizione il numero dettagliato delle prestazioni erogate di specialistica ambulatoriale relative all'Allegato A per le singole regioni negli anni 2011-2013. Pertanto, il raffronto tra il numero di queste prestazioni erogate in regime ambulatoriale ed il numero di dimissioni ospedaliere con procedura principale riconducibile a quelle previste nell'Allegato A, estende la conoscenza sull'attività ospedaliera erogata sia in regime di ricovero che in regime ambulatoriale. Inoltre, consente di verificare se sono state o meno seguite le indicazioni auspiccate nel Patto per la Salute 2010-2012, ovvero se esistono ancora margini di miglioramento in termini di appropriatezza organizzativa nell'erogazione di prestazioni a carico del SSN.

Di seguito, vengono considerate le seguenti prestazioni specialistiche da erogare in ambulatori situati presso strutture ospedaliere:

1. liberazione del tunnel carpale e tarsale (Tabella 2 in Appendice);
2. inserzione e rimozione di cristallino artificiale (Tabella 3 in Appendice);
3. artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea e interfalangea (Tabella 4 in Appendice);
4. litotripsia extracorporea per trattamento della calcolosi urinaria (Tabella 5 in Appendice).

Relativamente alla "Liberazione del tunnel carpale e tarsale", la Tabella 2 riporta il numero di dimissioni ospedaliere con i seguenti codici ICD-9-CM in procedura principale: 04.43 "Liberazione del tunnel carpale" e 04.44 "Liberazione del tunnel tarsale".

Nel triennio considerato circa l'85% delle dimissioni ospedaliere caratterizzate da questo tipo di procedure chirurgiche avviene in regime diurno, il restante 15% circa in Ricovero Ordinario (RO) con degenza breve (degenza media di 1,5 giorni) o in DS.

A fronte di una progressiva riduzione dei casi trattati in RO si rileva un aumento delle analoghe prestazioni specialistiche erogate in regime ambulatoriale: nel 2011 le prestazioni specialistiche in ambulatorio costituivano oltre il 73% delle procedure chirurgiche erogate dal SSN. In particolare, si rileva un elevato incremento delle prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale nel 2013 dovuto, forse, ad una maggiore completezza del flusso in tutte le regioni. Nel 2013 le prestazioni specialistiche in ambulatorio rappresentano circa il 97% delle procedure chirurgiche effettuate.

Relativamente alla "Inserzione e rimozione di cristallino artificiale", la Tabella 3 riporta il numero di dimissioni ospedaliere con i seguenti codici ICD-9-CM in procedura principale: 13.1\* "Estrazione intracapsulare del cristallino"; 13.2 "Estrazione extracapsulare della cataratta con tecnica di estrazione lineare"; 13.3 "Estrazione extracapsulare del cristallino con tecnica di aspirazione semplice (e di irrigazione)"; 13.4\* "Estrazione extracapsulare della cataratta con tecnica di frammentazione ed aspirazione"; 13.5\* "Altra estrazione extracapsulare del cristallino"; 13.6\* "Altra estrazione di cataratta"; 13.7\* "Inserzione di protesi endoculare"; 13.8 "Rimozione di cristallino impiantato" e 13.9\* "Altri interventi sul cristallino".

Nel triennio considerato si rileva una progressiva riduzione delle dimissioni ospedaliere caratterizzate da questo tipo di procedure chirurgiche. Le dimissioni in regime diurno rappresentano circa l'86% delle dimissioni totali. Il restante 14% circa è costituito da RO con degenza breve (degenza media di circa 2 giorni) o DS.

A fronte di una progressiva riduzione dei casi trattati in regime di ricovero si rileva un aumento delle analoghe prestazioni specialistiche erogate in regime ambulatoriale. Anche in questo caso si rileva in particolare un incremento molto consistente nel 2013 dovuto, probabilmente, ad una maggiore completezza del flusso sulla specialistica ambulatoriale.

Relativamente alla "Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea e interfalangea", la Tabella 4 riporta il numero di dimissioni ospedaliere con i seguenti codici ICD-9-CM in procedura principale: 81.72 "Artroplastica della articolazione metacarpofalangea e interfalangea senza impianto" e 81.75 "Artroplastica della articolazione carpocarpale o carpometacarpale senza impianto".

Questo tipo di intervento chirurgico, che si effettua per ridare movimento ad un'articolazione che lo ha più o meno interamente perso, è stato praticato negli anni 2011 e 2012 prevalentemente in regime di ricovero con degenza breve (meno di 2 giorni), per un numero complessivo annuo di dimissioni non superiore a 2.000. Gli interventi effettuati in regime diurno costituiscono il 38-40% circa delle dimissioni ospedaliere.

Anche in questo caso si osserva una progressiva riduzione dei casi trattati in regime di ricovero, seppure più attenuata rispetto alle altre prestazioni specialistiche finora esaminate ed un incremento annuale delle prestazioni erogate in ambulatorio. Anche in questo caso si rileva in particolare un incremento consistente delle prestazioni erogate nel 2013 in regime ambulatoriale dovuto, forse, ad una maggiore completezza del flusso.

Relativamente alla “Litotripsia extracorporea per trattamento della calcolosi urinaria”, La Tabella 5 riporta il numero di dimissioni ospedaliere con il seguente codice ICD-9-CM in procedura principale: 98.51 “Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica”.

Si tratta di una terapia che non comporta alcuna anestesia e si avvale di una tecnica non invasiva per il paziente, di durata piuttosto breve. Nel periodo esaminato si riduce costantemente il numero delle dimissioni, di cui circa il 71% sono in ricovero diurno ed il restante 29% circa in regime di RO, con degenza media di circa 3 giorni. Al contempo si rileva un continuo incremento delle analoghe prestazioni erogate in regime ambulatoriale, con particolare evidenza di quelle relative al 2013, forse per una maggiore completezza del flusso. Si rileva, in particolare, che in Emilia-Romagna questo genere di terapia si effettua esclusivamente in regime ambulatoriale. Al contrario, in Lombardia questa terapia è praticata esclusivamente in regime di ricovero negli anni 2011 e 2012 e solo nel 2013 si rileva un lieve spostamento verso l'attività ambulatoriale (2,3% delle terapie praticate).

A termine di questa presentazione si ritiene di dover sottolineare che, mentre i dati sui ricoveri ospedalieri, (fonte Schede di Dimissione Ospedaliera), sono ormai da anni raccolti, elaborati, analizzati e pubblicati anche a fini di ricerca da vari Enti ed Istituzioni e, pertanto, se ne conoscono le caratteristiche, i punti di forza e di debolezza e le serie storiche, i dati sull'attività specialistica ambulatoriale, in parte perché di più recente istituzione ed in parte per il loro assai più consistente volume, non hanno ancora raggiunto un analogo grado di notorietà e forse di completezza. Nonostante ciò, si ritiene preziosa l'attività svolta dall'Ufficio di Coordinamento, sviluppo e gestione del NSIS del Ministero della Salute, che ha reso disponibili alcuni dati sulla specialistica ambulatoriale particolarmente interessanti ai fini programmatici. Stando alle procedure qui considerate non sembrerebbe, ad esempio, essere stato avviato il trasferimento delle prestazioni in regime ambulatoriale in Campania, dove le dimissioni ospedaliere non diminuiscono sensibilmente e non vi sono neppure dati di prestazioni erogate in regime ambulatoriale. Analogamente, in Liguria non si hanno evidenze di trasferimento nel più appropriato *setting* assistenziale, seppure si rileva una contrazione delle dimissioni per inserzione e rimozione di cristallino artificiale e per il trattamento della calcolosi urinaria.

Pertanto, il monitoraggio continuo di questi dati favorirebbe il miglioramento della loro qualità e una più accurata conoscenza dell'attività sanitaria regionale.