



## Assistenza territoriale

L'invecchiamento della popolazione e l'aumento della prevalenza delle patologie croniche sono due tra i fenomeni più descritti nella letteratura scientifica degli ultimi decenni. Le patologie ad andamento cronico, ad oggi, rappresentano la principale quota di malattia e di ricorso ai servizi sanitari. I dati dell'Istituto Nazionale di Statistica relativi all'anno 2015 riportano che il 38,3% dei residenti in Italia dichiarava di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche e il 19,8% da multicronicità (almeno 2 patologie croniche). Nell'ambito della popolazione residente ultra 75enne tali percentuali raggiungono, rispettivamente, l'85,2% e il 65,4% (1).

Queste modificazioni demografiche ed epidemiologiche determinano una complessificazione del bisogno di assistenza socio-sanitaria nella popolazione che, a sua volta, impone al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) una rimodulazione delle dinamiche assistenziali. In risposta a ciò si rende necessario il passaggio da una assistenza di tipo "prestazionale", basata prevalentemente sul *setting* ospedaliero, a logiche di "presa in carico" dell'individuo, da realizzare a livello territoriale tramite l'implementazione di un sistema basato sull'Assistenza Primaria (2, 3).

Le dinamiche di attuazione della "presa in carico" si compongono di due aspetti fondamentali: l'accesso all'assistenza adeguata al bisogno specifico della persona e la continuità assistenziale che si esplica in una rete integrata e coerente di diversi servizi e *provider* che contribuiscono all'erogazione del percorso assistenziale. La persona riceve, dunque, l'assistenza di cui necessita all'interno di un piano individuale personalizzato, concordato tra il paziente ed il *team* multidisciplinare e multiprofessionale che eroga l'assistenza, in base al proprio bisogno socio-sanitario rilevato attraverso una valutazione multidimensionale (2, 3). Elementi fondamentali per la piena attuazione della presa in carico comprendono la funzione unificante di *case management* che coordina l'erogazione dell'assistenza, il monitoraggio continuo dei risultati ottenuti attraverso il supporto di sistemi informativi adeguatamente informatizzati e l'eventuale rimodulazione del piano di assistenza (4).

Una ulteriore evoluzione nel contesto dell'Assistenza Primaria vede il passaggio da un approccio incentrato sullo sviluppo di attività assistenziali di cui il paziente è semplice fruitore ad uno che, invece, valorizza il paziente stesso o chi gli presta assistenza (*caregiver*) attraverso l'attiva partecipazione al processo assistenziale.

Complementare alle suddette dinamiche di *Patient Engagement* è il passaggio da un atteggiamento di tipo reattivo, ovvero l'erogazione dell'assistenza nel momento in cui il paziente ammalato si rivolge ai servizi, ad un atteggiamento pro-attivo che vada incontro agli assistiti al di fuori dei punti di erogazione dei servizi stessi. La condizione globale di salute di ciascun soggetto è legata, infatti, in larga parte a comportamenti individuali adottati al di fuori dell'incontro con i professionisti della salute (5). I pazienti affetti da patologie croniche, in particolare, spendono oltre 5.000 ore l'anno nel prendere decisioni che impattano sulla loro salute come, ad esempio, scegliere se assumere o meno i farmaci prescritti, cosa mangiare e bere, se fumare o no e se sottoporsi o meno ad accertamenti e visite di controllo periodiche. Molti individui in una condizione di cronicità non riuscendo ad assumere regolarmente i loro farmaci non ottengono i vantaggi attesi dall'assistenza sanitaria fornita (6).

Nuove sfide per il SSN sono rappresentate, dunque, dal superamento di un approccio *visit-based*, in cui l'incontro col paziente avviene nel momento in cui si ammala e tipicamente in ospedale o in visite ambulatoriali, e dall'orientamento verso un sistema di *automated hovering*. Questo si fonda su tre recenti sviluppi che comprendono l'introduzione di nuovi meccanismi di *accountability* per i *provider* basati sugli *outcome* dei pazienti, l'utilizzo delle nuove tecnologie disponibili e l'applicazione delle teorie di *behavioural economics*. Tale ultimo aspetto prevede l'orientamento degli individui verso comportamenti salutari attraverso l'attento utilizzo di stimoli appropriati nonché di incentivi finanziari. Un approccio del genere potrà condurre ad una riduzione dei costi legati all'utilizzo del personale sanitario e socio-sanitario a domicilio e far sì che queste dinamiche si armonizzino con la vita quotidiana del paziente in modo da risultare fruibili e convenienti e di conseguenza migliorare l'aderenza dello stesso al trattamento e all'adozione di comportamenti salutari. Conferire la giusta attenzione al tempo in cui il paziente prende autonomamente decisioni che impattano sulla salute porterebbe ad un miglioramento degli esiti clinici e ad un risparmio sui costi assistenziali, in particolare come conseguenza della possibile riduzione delle ospedalizzazioni prevenibili o posticipo del ricorso a servizi di lungo assistenza. È noto, infatti, che i pazienti che vanno incontro più spesso ad ospedalizzazione presentano una combinazione di una o più patologie gravi e di più difficili condizioni di vita (6).

In questo Capitolo vengono presentati i risultati di indicatori *core* che hanno il fine di misurare i processi di assistenza rivolti a specifici *target* identificati dalla natura del bisogno o dalle diverse età della vita; i *target* individuati comprendono:

G. DAMIANI, A. ACAMPORA





- assistiti con condizioni di bisogno legate alla non autosufficienza;
- assistiti in età pediatrica.

Il monitoraggio dei processi di assistenza mediante i suddetti indicatori consente di apportare miglioramenti continui, con il fine ultimo di affrontare nel modo più appropriato le specifiche configurazioni del bisogno assistenziale per i particolari *target* individuati.

#### Riferimenti bibliografici

- (1) Sanità e salute - Istat (2015). Disponibile sul sito: [www.istat.it/it/files/2015/12/C04.pdf](http://www.istat.it/it/files/2015/12/C04.pdf)- Ultimo accesso 25 Ottobre 2017.
- (2) Damiani G., Acampora A., Frisicale E.M., Silvestrini G. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Rapporto Osservasalute 2015, Assistenza territoriale, 2015.
- (3) Damiani G., Acampora A., Corsaro A. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Rapporto Osservasalute 2016, Assistenza territoriale, 2016.
- (4) Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *Bmj*, 327 (7425), 1.219-1.221.
- (5) McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. *Health Aff (Millwood)* 2002; 21: 78-93.
- (6) Asch, D. A., Muller, R. W., & Volpp, K. G. (2012). Automated hovering in health care--watching over the 5000 hours. *The New England journal of medicine*, 367 (1), 1-3.





## Assistenza Domiciliare Integrata

**Significato.** La crescente longevità della popolazione italiana, se da un lato rappresenta certamente un rilevante esito del Servizio Sanitario Nazionale che ha reso disponibili, universalmente, i progressi dell'innovazione scientifica e tecnologica, in particolare nel campo dell'assistenza del paziente acuto e della prevenzione, dall'altro si accompagna ad un progressivo incremento dell'incidenza e della prevalenza di patologie cronico-degenerative.

È, infatti, in costante crescita la quota di persone ultra 65enni, pari a circa 13,4 milioni nel 2016 (22,0% del totale della popolazione, rispetto al 20,3% del 2010) e, secondo le previsioni dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), proiettata a raggiungere il picco del 32,0% nel 2043, di cui circa la metà ultra 80enni (1).

Tale peculiare andamento si è determinato per il costante aumento della speranza di vita (80,6 anni per gli uomini e 85,0 anni per le donne nel 2015) che torna a salire nel 2016, principalmente, per la positiva congiuntura della mortalità oltre i 60 anni (2-4). Il combinarsi di una vita media in continuo aumento, da un lato, e il regime di persistente bassa fecondità, dall'altro, hanno fatto conquistare al nostro Paese un indice di vecchiaia che lo colloca al 2° posto nella graduatoria dei 27 Paesi europei: infatti, al 31 dicembre 2015, nella popolazione residente in Italia si contavano 161,4 persone con una età  $\geq 65$  anni ogni 100 giovani con una età  $< 15$  anni, in crescita rispetto all'anno precedente (157,7 per 100 giovani) (5).

Nella classe di età 65-69 anni e 75 anni ed oltre, le donne che soffrono di almeno una cronicità grave rappresentano, rispettivamente, circa il 28% e il 51%, mentre gli uomini che soffrono di almeno una cronicità grave sono circa il 36% nella classe di età 65-69 anni e circa il 57% tra gli ultra 75enni (3). Le malattie cronico-degenerative impongono alla popolazione anziana, che spesso vive in condizioni di solitudine e fragilità (il 48,7% delle persone che vivono sole ha più di 65 anni e l'11,1% ha più di 85 anni), un peso elevato in termini di salute ed in termini economici, a causa della lunga durata di queste malattie, della diminuzione della qualità della vita e dei costi per l'assistenza sanitaria (3). Al fine di garantire una assistenza appropriata ai pazienti non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o affetti da esiti delle stesse, sono necessari percorsi assistenziali consistenti in un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), introdotta per la prima volta dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri il 29 novembre 2001 e ridefinita nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, secondo la definizione del Ministero della Salute

consiste in un insieme integrato di trattamenti sanitari e socio-sanitari, erogati al domicilio della persona non autosufficiente e in condizioni di fragilità (6). L'ADI assicura, infatti, l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche e riabilitative) e socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti e cure domestiche) al domicilio, da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente coordinate nell'ambito del Distretto, come previsto sia dalla normativa nazionale, inclusi gli Accordi Collettivi Nazionali per la Medicina Generale che negli ultimi anni hanno dato forte impulso alle cure a domicilio, sia dagli atti approvati dalle Regioni in materia di assistenza socio-sanitaria.

Le patologie che consentono l'avvio dell'ADI sono quelle per le quali l'intervento domiciliare si presenta alternativo al ricovero ospedaliero e, salva diversa determinazione concordata tra il medico responsabile dell'attività sanitaria a livello distrettuale e il Medico di Medicina Generale (MMG) in relazione alla situazione socio-ambientale ed al quadro clinico, le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a malati terminali, malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi, incidenti vascolari acuti, gravi fratture in anziani, forme psicotiche acute gravi, riabilitazione di pazienti vasculopatici, riabilitazione in pazienti neurolesi, malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano e dimissioni protette da strutture ospedaliere. In relazione al bisogno clinico, funzionale e sociale del paziente si possono individuare interventi di ADI con livelli crescenti di intensità e complessità assistenziale. Le cure domiciliari integrate sono coadiuvate da prestazioni di aiuto personale e assistenza tutelare alla persona, generalmente erogate dai servizi sociali del Comune di residenza dell'assistito. A prescindere dalle forme dell'ADI, la responsabilità clinica è del MMG o del Pediatra di Libera Scelta che ha in carico il paziente. L'*équipe* multidisciplinare, che ha sede organizzativa nel Distretto sanitario di residenza del paziente, è costituita, a seconda dei casi, da un infermiere professionale, un fisioterapista, un assistente sociale, un operatore socio-assistenziale e da medici specialisti necessari alla patologia del paziente. Ciò permette la valutazione multidimensionale del bisogno clinico e consente la presa in carico della persona e la definizione del "Progetto di Assistenza Individuale" (PAI) socio-sanitario integrato.

L'ADI costituisce, pertanto, un servizio in grado di garantire una adeguata continuità ai bisogni di salute, anche complessi, delle persone non autosufficienti, ai fini della gestione della cronicità e della prevenzione delle possibili ulteriori complicanze che possono determinare o peggiorare la disabilità.



**Tasso di assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata**

Numeratore	Assistiti che hanno iniziato il trattamento di Assistenza Domiciliare Integrata*	x 100
Denominatore	Popolazione media residente	

**Tasso di assistiti anziani in Assistenza Domiciliare Integrata**

Numeratore	Assistiti di età 65 anni ed oltre che hanno iniziato il trattamento di Assistenza Domiciliare Integrata*	x 100
Denominatore	Popolazione media residente di età 65 anni ed oltre	

**Tasso di assistiti in fase terminale in Assistenza Domiciliare Integrata**

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

\*Si considerano gli assistiti con prese in carico già aperte al 1 gennaio o aperte nel corso dell'anno per le quali sia stato inviato almeno un accesso.

**Validità e limiti.** I dati per la costruzione degli indicatori sono stati ricavati attraverso il Sistema Informativo Assistenza Domiciliare (SIAD) (DM 17 ottobre 2008) e dall'Istat. Questo flusso dati è fonte della valutazione per la Griglia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) a partire dall'anno 2013. Tale flusso di dati, anche se risulta ancora in corso di implementazione, una volta raggiunta la completa e piena applicazione permetterà di valutare il percorso di cura nelle sue diverse fasi e la complessità dell'assistenza erogata. Gli indicatori ad oggi calcolabili sono quelli di attività. È per questo che non è possibile una esaustiva riflessione sulla qualità dell'ADI erogata dalle Aziende Sanitarie Locali e sulla tipologia dei casi trattati.

La mancanza di un sistema di classificazione omogeneo e condiviso a livello nazionale per la valutazione dei bisogni assistenziali, oltre alla presenza di diverse modalità organizzative e assistenziali adottate nelle varie Regioni (formulazione, erogazione e remunerazione del PAI) comportano una sensibile limitazione nella validità di un confronto inter-regionale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** In assenza di un valore di riferimento legislativo e di omogeneità nei modelli organizzativi, gli indicatori analizzati possono essere considerati in riferimento al valore medio delle regioni che presentano valori superiori al dato nazionale. Mutuando l'esperienza dal monitoraggio LEA sull'Assistenza Distrettuale Anziani (dal Documento Ministeriale Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA"), per la definizione delle soglie è stato calcolato il valore mediano ed il 30° percentile della distribuzione.

**Descrizione dei risultati**

A livello nazionale, nel corso del 2015, sono state ero-

gate, complessivamente, 390.990 prese in carico al domicilio dei pazienti. Il numero degli assistiti trattati in ADI si presenta in crescita, attestandosi ad un valore pari a 0,67 casi (per 100 residenti), con un incremento del 15,5% rispetto al 2014 (Grafico 1). Permane, tuttavia, nel confronto con l'anno precedente, una notevole variabilità, legata alla disomogeneità regionale: si va, infatti, da un tasso minimo di 0,10 per 100 assistiti in ADI della Valle d'Aosta, ad un valore massimo di 1,18 per 100 dell'Emilia-Romagna, cui seguono il Molise e la Liguria (1,17 e 1,10 per 100, rispettivamente) (Tabella 1).

L'accorpamento per macroaree dei dati relativi al tasso di assistiti in ADI mostra importanti disomogeneità: si passa, infatti, da un valore di 0,80 per 100 delle regioni del Nord ad un tasso sovrapponibile di 0,55 per 100 delle regioni del Centro e del Sud ed Isole. Rispetto al 2014, i valori risultano in crescita per tutte le ripartizioni; in particolare, per il Meridione si conferma un trend di forte crescita (+30,9%) (Grafico 1). Applicando come valori di riferimento la mediana ed il 30° percentile della distribuzione del tasso di assistiti in ADI pari, rispettivamente, a 0,64 e 0,55 casi per 100 residenti, si riscontra che, seppure in presenza di un gradiente Nord-Sud ed Isole, vi è un crescente ricorso all'assistenza domiciliare anche nelle regioni del Meridione.

La percentuale di ADI erogata a soggetti anziani è pari all'88,0% del totale, valore in lieve ascesa rispetto al 2014 (+1,0%). A livello regionale, la Valle d'Aosta presenta il valore più basso (76,9%) di anziani assistiti in ADI, mentre l'Umbria mostra i valori più elevati (90,9%), seguita dalla Liguria (90,6%). Una notevole variabilità è presente, invece, nel numero di anziani trattati in ADI riferito alla stessa popolazione anziana residente: per i soggetti di età ≥65 anni assistiti in ADI si passa, difatti, da 0,36 casi per 100 nella Valle

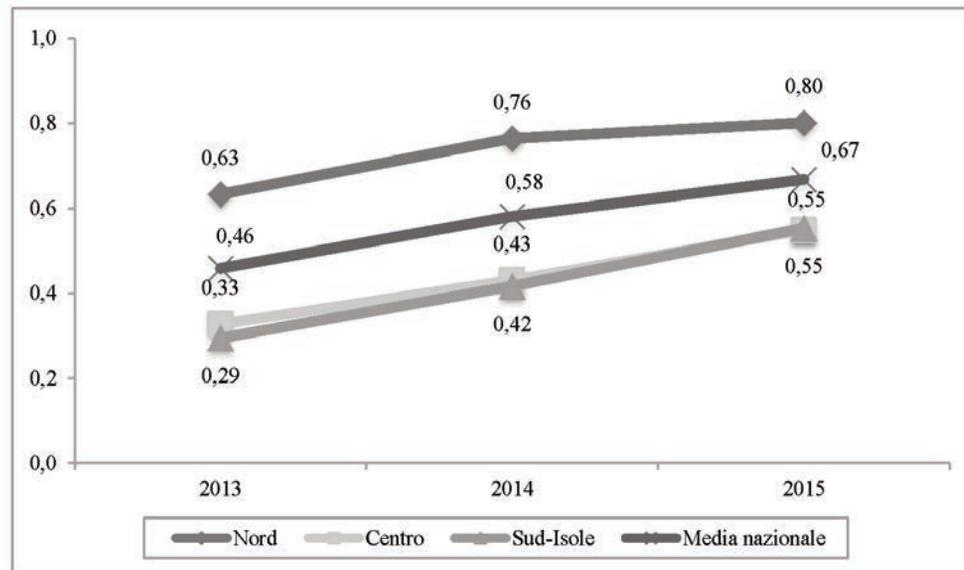


d'Aosta a 4,43 per 100 casi in Emilia-Romagna (Tabella 1). Applicando come valori di riferimento la mediana ed il 30° percentile della distribuzione del tasso di assistiti anziani in ADI pari, rispettivamente, a 2,56 e 2,14 casi per 100 anziani residenti, si riscontra che, seppure in presenza di un gradiente Nord-Sud ed Isole vi è, comunque, un crescente ricorso all'assistenza domiciliare diffuso anche alle regioni del Meridione.

Il numero di ADI rivolte ai pazienti terminali costituiscono l'8,6% del totale. A livello regionale la Campania presenta il valore più basso (3,7 casi per 100.000) mentre la PA di Trento il valore più elevato (165,9 casi per 100.000).

Dall'accorpamento per macroaree si evidenzia come nelle regioni del Nord vi sia il tasso più elevato (66,5 per 100.000) rispetto alle regioni meridionali e centrali (rispettivamente, 53,3 e 42,1 per 100.000) (Grafico 2).

**Grafico 1** - Tasso (valori per 100) di assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata per macroarea - Anni 2013-2015



**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica. Ufficio Sistema Informativo Sanitario Nazionale. Anno 2017.



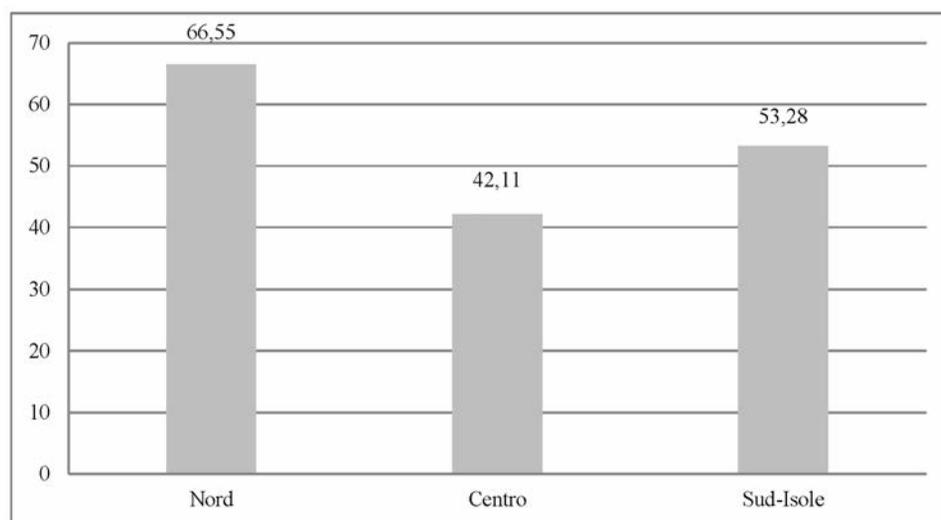
**Tabella 1** - Assistiti, anziani assistiti e assistiti in fase terminale (valori per 100 e tasso per 100) in Assistenza Domiciliare Integrata per regione e macroarea - Anno 2015

Regioni/Macroaree	Assistiti	Tassi di assistiti	Anziani assistiti	Tassi di anziani assistiti	Assistiti in fase terminale	Tassi di assistiti in fase terminale
Piemonte	40.083	0,91	87,1	3,21	11,9	107,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	134	0,10	76,9	0,36	29,1	30,5
Lombardia	64.077	0,64	87,0	2,56	4,6	29,6
Bolzano-Bozen	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Trento	4.993	0,93	86,9	3,86	17,9	165,9
Veneto	29.854	0,61	87,8	2,44	9,8	59,3
Friuli Venezia Giulia	9.690	0,79	87,6	2,74	7,9	62,3
Liguria	17.347	1,10	90,6	3,54	6,7	73,3
Emilia-Romagna	52.289	1,18	88,7	4,43	8,9	104,6
Toscana	31.823	0,85	89,5	3,06	8,7	73,6
Umbria	5.031	0,56	90,9	2,07	11,3	63,4
Marche	7.778	0,50	89,1	1,88	11,1	55,6
Lazio	21.605	0,37	89,9	1,58	4,2	15,3
Abruzzo	12.658	0,95	89,2	3,73	10,3	98,6
Molise	3.643	1,17	88,4	4,39	1,9	22,7
Campania	16.011	0,27	87,9	1,36	1,4	3,7
Puglia	22.294	0,55	84,6	2,23	13,6	74,3
Basilicata	3.165	0,55	88,5	2,24	5,5	30,1
Calabria	7.501	0,38	85,4	1,59	8,2	31,1
Sicilia	41.014	0,81	87,7	3,53	11,7	94,7
Sardegna	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
<b>Italia</b>	<b>390.990</b>	<b>0,67</b>	<b>88,0</b>	<b>2,68</b>	<b>8,6</b>	<b>57,1</b>
Nord	218.467	0,80	87,8	3,06	8,3	66,5
Centro	66.237	0,55	89,7	2,16	7,7	42,1
Sud ed Isole	106.286	0,55	87,1	2,43	9,6	53,3

n.d. = non disponibile.

**Nota:** sono escluse dal calcolo dell'indicatore per macroarea e cumulativo nazionale le regioni e PA per le quali non sono disponibili i dati.

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica. Ufficio Sistema Informativo Sanitario Nazionale. Anno 2017.

**Grafico 2** - Tasso (valori per 100.000) di pazienti terminali trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per macroarea - Anno 2015

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica. Ufficio Sistema Informativo Sanitario Nazionale. Anno 2017.



### **Raccomandazioni di Osservasalute**

L'analisi dei dati evidenzia, per l'anno 2015, un incremento a livello nazionale dell'attività dell'ADI nell'ottica di una sempre maggiore implementazione dei modelli organizzativi sanitari delle cure primarie.

Tale incremento è in linea con gli obiettivi posti alle Regioni per la diminuzione dell'ospedalizzazione attraverso l'erogazione di forme assistenziali alternative al ricovero ospedaliero, anche alla luce di quanto previsto dal D. Lgs. n. 135/2012, la cosiddetta *spending review* della sanità (tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 160 per 1.000, durata media di degenza per i ricoveri ordinari <7 giorni, tasso occupazione dei posti letto di almeno il 90%).

Dall'analisi dei dati relativi al tasso di assistiti in ADI nel 2015, accorpata per macroaree, emerge che in quasi tutte le regioni si registra un incremento rispetto all'anno precedente, seppure permangono importanti disomogeneità interregionali. In particolare, nonostante l'aumento del tasso di assistiti più marcato nelle regioni del Meridione e del Centro, persiste un gradiente Nord-Sud ed Isole.

Sebbene la non omogenea applicazione del flusso SIAD rendano difficile una completa valutazione delle differenze rilevate, con il consolidamento di tale flusso si avrà a disposizione una migliore possibilità di analizzare le diverse fasi del percorso e la caratterizzazione di

profili di cura domiciliari. La completezza del flusso SIAD consentirà così di valutare l'intensità e la complessità dell'assistenza erogata e la natura del bisogno coerentemente a quanto definito dai LEA anche in presenza di modelli organizzativi eterogenei nei diversi contesti regionali.

### **Riferimenti bibliografici**

- (1) Indicatori demografici Statistiche Demografiche Istat. Disponibile sul sito: <http://demo.istat.it/pop2014/index3.html>. Ultimo accesso in data 13 novembre 2017.
- (2) Istat. Indicatori di Mortalità della popolazione residente - anno 2016. Disponibile sul sito: [www.istat.it/it/files/2017/10/indicatori-mortalita.pdf](http://www.istat.it/it/files/2017/10/indicatori-mortalita.pdf) Ultimo accesso in data 28 novembre 2017.
- (3) Istat. Tendenze demografiche e trasformazioni sociali. Nuove sfide per il sistema del welfare. Disponibile sul sito: [www.istat.it/it/files/2014/05/cap4.pdf](http://www.istat.it/it/files/2014/05/cap4.pdf). Ultimo accesso in data 13 novembre 2017.
- (4) Istat. Come saranno gli anziani nel 2040. Disponibile sul sito: [www.istat.it/it/files/2010/12/Formiche.pdf](http://www.istat.it/it/files/2010/12/Formiche.pdf). Ultimo accesso in data 13 novembre 2017.
- (5) Istat. Annuario Statistico Italiano 2016. Disponibile sul sito: [www.istat.it/it/files/2016/12/Asi-2016.pdf](http://www.istat.it/it/files/2016/12/Asi-2016.pdf). Ultimo accesso 13 novembre 17.
- (6) Ministero della Salute. Assistenza Domiciliare. Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it/portale/salute/p1\\_5.jsp?lingua=italiano&id=139&area=Servizi\\_al\\_cittadino\\_e\\_al\\_paziente](http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=139&area=Servizi_al_cittadino_e_al_paziente). Ultimo accesso in data 13 novembre 2017.





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

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

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

assistenza sociale.

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

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

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

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Posti letto per target di utenza}}{\text{Popolazione media residente per la stessa fascia di età}} \times 10.000$$

### Rapporto tra posti letto e beneficiari di prestazioni per la disabilità

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Posti letto per target di utenza}}{\text{Beneficiari di prestazioni per la disabilità per la stessa fascia di età}} \times 10.000$$

**Validità e limiti.** Il primo indicatore è stato costruito per due diversi *target* di utenza: anziani non autosufficienti (persone di età >65 anni non autosufficienti) e persone con disabilità (persone di età <65 anni con disabilità fisica, psichica, sensoriale e/o con patologie psichiatriche); l'assegnazione dei posti letto al *target* di utenza è stata effettuata sulla base delle prevalenze di assistiti dichiarate dalle strutture censite. Pertanto, non si esclude che i posti letto possano essere utilizzati anche per altre tipologie di utenti.

Eventuali variazioni rispetto agli anni precedenti possono derivare da alcuni cambiamenti che hanno riguardato i criteri di classificazione dei *target* di utenza adottati a partire dall'indagine relativa all'anno 2014. I dati sulla base dei quali è stato costruito l'indicatore sono stati ponderati per tenere conto del numero di strutture che non hanno risposto alla rilevazione, circa il 22% dell'universo di riferimento. Al fine di valutare l'effetto sulla precisione dell'indicatore delle mancate risposte, è stato calcolato il coefficiente di variazione percentuale che rappresenta la quota percentuale dell'errore sulla stima puntuale.

Il secondo indicatore è stato costruito rapportando i posti letto di ciascun *target* di utenza prevalente (anziani non autosufficienti e persone con disabilità) ai "beneficiari di pensioni per persone con disabilità" stimati dall'Istat attraverso i dati provenienti dal Casellario centrale dei pensionati, nel quale l'Istituto

Nazionale della Previdenza Sociale raccoglie i principali dati sulle prestazioni pensionistiche erogate da tutti gli Enti previdenziali italiani, sia pubblici sia privati. L'obiettivo è quello di rapportare l'offerta residenziale ad una misura che meglio rappresenti la dimensione del bisogno di assistenza residenziale.

È importante sottolineare che il numero di beneficiari di pensioni per persone con disabilità, pur rappresentando una sovrastima della domanda di servizi residenziali, fornisce una dimensione che, rispetto alla popolazione complessiva, ricalca più adeguatamente sul territorio la distribuzione della domanda potenziale di assistenza residenziale.

Per avere una stima più accurata della domanda complessiva di residenzialità, sarebbe opportuno conoscere anche l'entità del bisogno assistenziale e la presenza di servizi alternativi di tipo domiciliare.

Per entrambi gli indicatori è importante sottolineare che piccole variazioni temporali dei tassi a livello regionale potrebbero essere dovute a variazioni nel tasso di risposta e, quindi, al sistema di riponderazione dei dati e non a variazioni effettive dei livelli di offerta.

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





### Descrizione dei risultati

In Italia, i posti letto destinati ad accogliere anziani e persone con disabilità sono, complessivamente, 287.853, pari a 47,4 ogni 10.000 abitanti. La parte più ampia dell'offerta è destinata ad accogliere anziani non autosufficienti (169,3 per 10.000); quote residua- li sono, invece, rivolte ad utenti con disabilità (12,9 per 10.000). L'analisi territoriale evidenzia forti divari tra le ripartizioni, con un'offerta che si concentra soprattutto nelle regioni del Nord e subisce consistenti riduzioni nelle altre aree del Paese. I più alti livelli di offerta complessiva si registrano nella PA di Trento con 100,6 per 10.000; la più bassa dotazione di posti letto si riscontra nelle regioni meridionali e, nello spe-

cifico, in Campania con 7,7 per 10.000.

Per quanto riguarda gli anziani, il tasso più elevato si registra nella PA di Bolzano (427,7 per 10.000), mentre l'offerta più bassa si rileva in Campania dove il livello dei tassi scende a 13,7 per 10.000. La quota di posti letto dedicati alle persone con disabilità raggiunge il livello massimo in Liguria (31,7 per 10.000), mentre i valori minimi si registrano in Campania, con un tasso di 6,3 per 10.000 (Tabella 1).

Se consideriamo il secondo indicatore, il gradiente Nord-Sud ed Isole aumenta per entrambi i *target* di utenza, l'offerta di servizi residenziali è molto più bassa nel Meridione, dove la quota di percettori di pensioni risulta essere maggiore (Grafico 1).

**Tabella 1** - Tasso (valori per 10.000) di posti letto nelle strutture socio-sanitarie per le persone con disabilità e per gli anziani non autosufficienti e coefficiente di variazione (valori per 100) per regione - Anno 2015

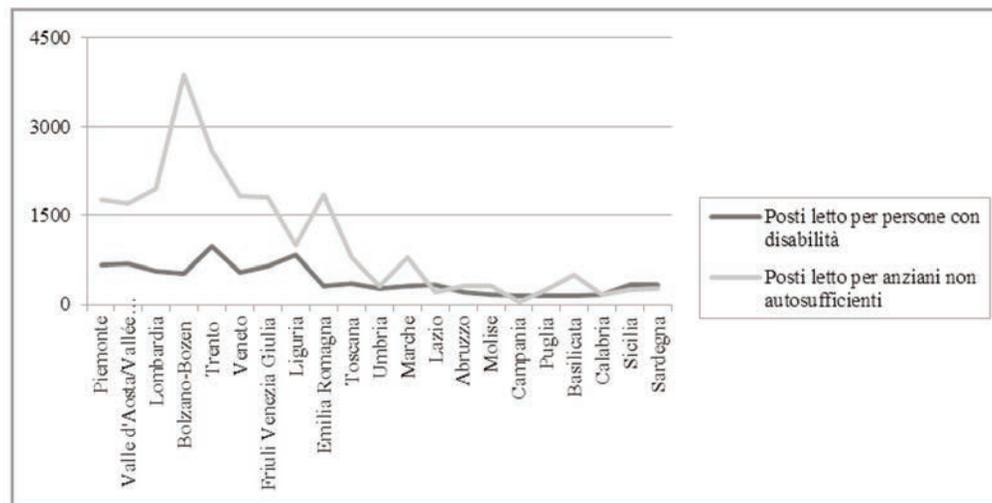
Regioni	Persone con disabilità	Anziani non autosufficienti	Totale	Coefficiente di $\Delta$ %
Piemonte	18,4	244,0	74,3	1,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	20,6	340,5	93,6	0,0
Lombardia	14,5	271,0	70,7	1,0
Bolzano-Bozen	13,3	427,7	92,6	0,0
Trento	25,5	381,6	100,6	0,0
Veneto	14,2	281,5	73,0	0,5
Friuli Venezia Giulia	18,7	304,3	91,4	3,3
Liguria	31,7	178,2	73,0	2,8
Emilia-Romagna	10,1	310,1	80,9	0,9
Toscana	10,8	144,0	44,0	1,8
Umbria	12,9	90,8	32,3	0,6
Marche	12,3	193,1	55,8	1,6
Lazio	12,6	44,5	19,3	2,7
Abruzzo	9,0	77,3	24,7	2,2
Molise	7,7	71,8	22,9	3,8
Campania	6,3	13,7	7,7	3,3
Puglia	7,2	63,2	18,9	2,0
Basilicata	7,4	125,3	27,5	0,0
Calabria	10,1	50,1	18,3	5,1
Sicilia	14,9	61,7	24,4	3,6
Sardegna	18,4	72,1	30,3	2,5
<b>Italia</b>	<b>12,9</b>	<b>169,3</b>	<b>47,4</b>	<b>0,3</b>

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat. "Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari". Anno 2017.





**Grafico 1** - Rapporto (valori per 10.000 beneficiari di pensioni per persone con disabilità) di posti letto nelle strutture socio-sanitarie per le persone con disabilità e per gli anziani non autosufficienti per regione - Anno 2015



**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat. Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2015 - Dati provvisori. Inps: Casellario centrale dei pensionati. Anno 2017.

### Raccomandazioni di Osservasalute

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

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

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

### Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute. Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013.
- (2) Giannakouris K, Population and social conditions, Eurostat, statistics in focus 72/2008.
- (3) Pesaresi F, Simoncelli M: Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione. Tendenze nuove 2008; 2: 199-232.



## Ospiti anziani e con disabilità nei presidi residenziali

**Significato.** Nel nostro Paese la quota di anziani e di persone con disabilità continua ad aumentare come conseguenza dell'ormai consolidato processo d'invecchiamento che coinvolge tutti i Paesi occidentali. La necessità di rispondere adeguatamente ad una crescente domanda di assistenza a lungo termine diventa uno dei principali obiettivi del nostro sistema di *welfare* che deve trovare risposte appropriate disponendo di risorse finanziarie limitate. Le soluzioni finora proposte mirano a favorire lo sviluppo di forme di assistenza domiciliare e ad incrementare l'assistenza residenziale nei casi in cui le cure a domicilio non risultino praticabili (per difficoltà della famiglia o per l'elevato livello assistenziale richiesto).

In questo paragrafo è stata presa in considerazione l'attività di assistenza socio-sanitaria erogata a favore degli anziani non autosufficienti (di età >65 anni) e delle persone con disabilità (<65 anni con disabilità fisica, psichica, sensoriale o persone con patologia psichiatrica). Le strutture considerate sono state quelle erogatrici di assistenza con una rilevante componente sanitaria, rilevate con l'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Pertanto, sono state selezionate le strutture residenziali caratterizzate dalla presenza di almeno una figura professionale, oltre al Medico di Medicina Generale, che svolge attività di tipo socio-sanitario.

### Tasso di ospiti anziani nei presidi residenziali

Numeratore	Ospiti anziani nei presidi residenziali	
	_____	x 10.000
Denominatore	Popolazione media residente della stessa fascia di età	

### Tasso di ospiti adulti e minori con disabilità nei presidi residenziali

Numeratore	Ospiti adulti e minori con disabilità nei presidi residenziali	
	_____	x 10.000
Denominatore	Popolazione media residente della stessa fascia di età	

**Validità e limiti.** Gli indicatori calcolati mostrano una discreta variabilità regionale che può dipendere da diversi fattori, quali una diversa capacità di risposta a condizioni di bisogno, un diverso livello di offerta residenziale e una diversa organizzazione della rete socio-assistenziale.

L'indagine condotta sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari ha fatto registrare, per l'anno 2015, un tasso di risposta pari a circa il 78%. Al fine di tener conto delle mancate risposte e dell'effetto che queste hanno sulla precisione degli indicatori è stato calcolato il coefficiente di variazione percentuale che rappresenta la quota percentuale dell'errore sulla stima puntuale.

Eventuali variazioni rispetto agli anni precedenti possono derivare da alcuni cambiamenti che hanno riguardato i criteri di classificazione dei *target* di utenza adottati nell'indagine relativa all'anno 2015.

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

### Descrizione dei risultati

Gli anziani ospiti dei presidi residenziali sono, complessivamente,

215.894 (161,5 per 10.000 anziani residenti). Molti meno sono gli adulti e i minori con disabilità ospiti dei presidi, rispettivamente, 45.832 (12,3 per 10.000 adulti residenti) e 1.584 (1,6 per 10.000 minori residenti). In linea con il quadro di offerta, il maggiore ricorso all'istituzionalizzazione si riscontra nelle regioni del Nord, soprattutto per gli anziani, per i quali i tassi di ricovero più elevati si registrano nelle PA di Trento e Bolzano (rispettivamente, 399,6 e 395,9 per 10.000 anziani residenti).

Nel Meridione, il tasso di ricovero si riduce considerevolmente e tocca i valori minimi in Campania, dove per 10.000 anziani residenti risultano ricoverati 16,7 anziani non autosufficienti, valori fortemente al di sotto del livello nazionale (161,5 per 10.000).

Risultati simili si ottengono dall'analisi degli indicatori riferiti agli ospiti adulti con disabilità: la Liguria fa registrare il più alto tasso di ricovero (24,6 ospiti adulti per 10.000 adulti residenti), mentre le regioni del Meridione presentano i valori minimi. L'andamento regionale risulta confermato anche in riferimento agli ospiti minori con disabilità. Per questa categoria di ospiti il Piemonte risulta essere la regione con il più elevato tasso di ricovero (4,0 per 10.000 residenti), mentre i tassi più bassi si registrano, soprattutto, nelle regioni meridionali con valori al di sotto dell'unità in Abruzzo, Campania, Puglia e Calabria (Tabella 1).



**Tabella 1** - Tasso (valori per 10.000) di ospiti anziani non autosufficienti, adulti con disabilità e minori con disabilità assistiti nei presidi residenziali e coefficiente di variazione (valori per 100) per regione - Anno 2015

Regioni	Anziani non autosufficienti		Adulti con disabilità		Minori con disabilità	
	Tassi	Coefficiente di $\Delta$ %	Tassi	Coefficiente di $\Delta$ %	Tassi	Coefficiente di $\Delta$ %
Piemonte	236,8	1,0	15,5	1,5	4,0	4,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	309,5	0,0	16,1	0,0	2,4	0,0
Lombardia	272,7	0,7	14,1	1,2	1,7	6,3
Bolzano-Bozen	395,9	0,0	14,1	0,0	2,5	0,0
Trento	399,6	0,0	20,0	0,0	1,1	0,0
Veneto	268,8	0,4	15,1	0,5	1,9	2,5
Friuli Venezia Giulia	295,8	3,0	16,9	3,9	0,6	13,8
Liguria	190,7	2,7	24,6	3,4	2,9	11,2
Emilia-Romagna	247,3	0,9	12,8	1,3	0,6	6,8
Toscana	135,6	1,5	10,8	2,5	1,1	7,8
Umbria	88,1	0,9	15,5	1,0	2,0	4,1
Marche	162,2	1,1	14,3	1,4	1,5	10,0
Lazio	45,8	3,4	10,2	3,5	1,0	11,2
Abruzzo	76,3	1,6	7,1	2,9	0,7	6,7
Molise	63,3	8,2	16,4	14,1	1,4	33,1
Campania	16,7	4,2	5,8	6,1	0,7	14,5
Puglia	63,1	2,8	7,1	2,9	0,7	9,4
Basilicata	70,8	0,0	16,1	0,0	1,5	0,0
Calabria	59,2	4,5	8,7	8,0	0,7	16,4
Sicilia	51,7	3,3	13,5	3,8	3,0	27,8
Sardegna	92,8	2,9	13,0	3,5	1,7	13,3
<b>Italia</b>	<b>161,5</b>	<b>1,0</b>	<b>12,3</b>	<b>1,2</b>	<b>1,6</b>	<b>3,5</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazione su dati Istat. "Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari". Anno 2017.

### Raccomandazioni di Osservasalute

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

È auspicabile, per l'immediato futuro, che si riducano i divari territoriali evidenziati dagli indicatori di offerta e attività e, nel medio-lungo termine, che si superi

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

### Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute. Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013.
- (2) Giannakouris K, Population and social conditions, Eurostat, statistics in focus 72/2008.
- (3) Pesaresi F, Simoncelli M: Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione. Tendenze nuove 2008; 2: 199-232.



## Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per asma in età pediatrica

**Significato.** Numerosi studi mostrano che, sia a livello individuale che di comunità, i bambini ricoverati frequentemente per asma tendono ad avere meno visite programmate a livello di assistenza territoriale e una minore aderenza alla terapia farmacologica (1). Queste evidenze suggeriscono che una carente organizzazione dell'assistenza territoriale e una scarsa accessibilità alle cure possono essere responsabili di un aumentato ricorso alle cure ospedaliere (1, 2).

Su queste basi concettuali, come proposto dall'*Agency for Healthcare Research and Quality*, il tasso di ospedalizzazione per asma intende misurare la qualità dei servizi territoriali in termini di prevenzione, accesso alle cure e trattamento, presupponendo che, al migliorare di queste, diminuisca il ricorso al ricovero in ospedale.

Il presente indicatore è inserito nel Piano Nazionale Esiti con la granularità delle Aziende territoriali.

### Tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti affetti da asma\*

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

Numeratore: Dimissioni ospedaliere di pazienti di età 0-17 anni affetti da asma\*\*

Denominatore: Popolazione media residente di età 0-17 anni

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

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

**Validità e limiti.** La stima dei ricoveri ospedalieri per asma in età pediatrica può rappresentare un indicatore valido e riproducibile dell'appropriatezza e dell'efficacia del processo di assistenza rivolto al bambino. In via indiretta, può fungere anche da strumento per valutare la qualità dell'organizzazione delle cure primarie. Un limite alla validità dell'indicatore può essere rappresentato dalla completezza e dalla qualità delle codifiche presenti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Per meglio delineare la qualità dell'accesso ai servizi territoriali, è consigliabile includere nell'indicatore non solo i Ricoveri Ordinari (RO), ma anche i Day Hospital (DH), poiché una quota considerevole delle ospedalizzazioni evitabili per asma in età pediatrica rientra in questo regime di ricovero, con notevoli differenze tra le regioni (3).

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non essendo presenti riferimenti normativi o di letteratura, nel commento dei risultati viene utilizzato come riferimento il valore nazionale. Per saggiare la differenza di ogni tasso regionale rispetto al dato italiano sono stati costruiti gli Intervalli di Confidenza (IC) al 95% usando l'approssimazione normale alla distribuzione di Poisson per gli eventi frequenti e la somma ponderata di parametri di Poisson per gli eventi rari (4, 5). Si è scelto di escludere dalle analisi il Lazio perché il suo tasso di ospedalizzazione, quasi quattro volte superiore rispetto a quello nazionale (2,92 per 1.000), non può ritenersi interamente ascrivibile a differenze nella qualità delle cure primarie. Una analisi secondaria condotta separatamente su RO e DH ha, infatti, mostrato che il tasso di ricovero in DH nel Lazio è

quasi sette volte superiore al valore di riferimento nazionale (2,06 per 1.000 vs 0,31 per 1.000), rappresentando dunque un'eccezione nel panorama italiano. È verosimile che questa differenza sia dovuta alla gestione amministrativa dei ricoveri in DH dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù, che accoglie più del 40% delle ospedalizzazioni pediatriche del Lazio e i cui ricoverati sono per oltre il 70% residenti in regione. Come confermato dai dati divulgati dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, infatti, nell'Ospedale Bambino Gesù è prassi aprire una SDO per ogni singolo accesso ospedaliero, anche se relativo a uno stesso paziente (6).

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel 2016 il tasso di ospedalizzazioni per asma in età pediatrica è pari a 0,61 per 1.000, in lieve aumento rispetto al 2015 (0,58 per 1.000, +5,17%). In Tabella 1 vengono presentati i tassi regionali, calcolati sull'intera popolazione pediatrica (0-17 anni) e stratificati per classe di età. Rispetto ai ragazzi di età compresa tra 15-17 anni, il rischio di ricovero per asma è significativamente più alto nei bambini di età <1 anno (Rischio Relativo-RR=11,81; IC 95%=10,16-13,71), così come nei soggetti di età 1-4 anni (RR=9,37; IC 95%=8,17-10,74), 5-9 anni (RR=3,67; IC 95%=3,19-4,23) e 10-14 anni (RR=2,04; IC 95%=1,76-2,37) (dati non presenti in tabella).

Tra il 2015 e il 2016 è stato rilevato un aumento delle ospedalizzazioni per asma pediatrica in tutta la penisola, anche se in maniera più evidente nelle regioni del Nord (da 0,48 a 0,54 per 1.000, +12,50%) rispetto a quelle del Sud ed Isole (da 0,85 a 0,87 per





1.000, +2,35%). Unica eccezione è la Liguria, in cui si è assistito a una considerevole diminuzione delle ospedalizzazioni (da 1,19 a 0,96 per 1.000, -19,33%) e a un contemporaneo calo della proporzione di ricoveri in regime di DH (da 72,03% a 62,02%). Nel Grafico 1 vengono illustrati i tassi standardizzati a livello regionale. Le regioni che presentano *perfor-*

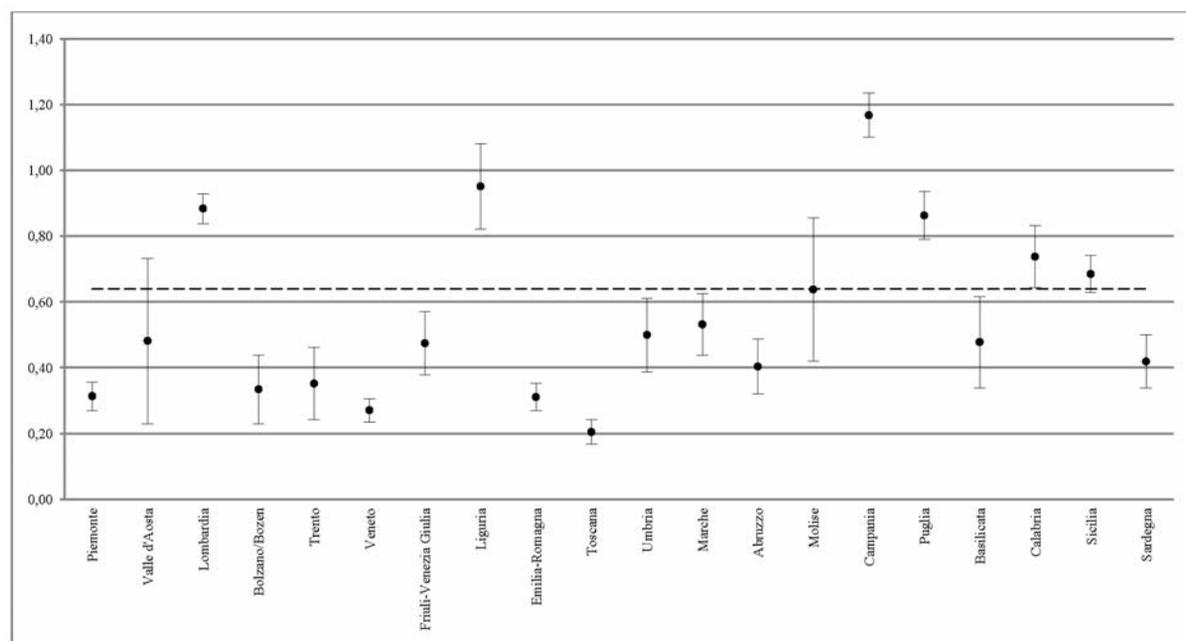
*mance* peggiori rispetto al dato nazionale sono la Lombardia, la Liguria, la Campania, la Puglia e la Calabria, mentre in Molise e in Sicilia il tasso è in linea con il valore italiano; in tutte le altre regioni i tassi di ospedalizzazione sono significativamente inferiori al dato nazionale.

**Tabella 1** - Tasso (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica affetti da asma per regione - Anno 2016

Regioni	0	1-4	5-9	10-14	15-17	Totale
Piemonte	1,15	0,58	0,24	0,14	0,10	0,30
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,04	0,46	0,66	0,51	0,00	0,48
Lombardia	1,96	2,38	0,59	0,23	0,11	0,86
Bolzano-Bozen	0,37	0,97	0,14	0,21	0,00	0,33
Trento	0,43	0,79	0,26	0,15	0,24	0,34
Veneto	0,34	0,43	0,34	0,17	0,08	0,27
Friuli Venezia Giulia	0,59	1,25	0,36	0,17	0,10	0,46
Liguria	0,40	0,84	1,17	1,29	0,37	0,96
Emilia-Romagna	0,60	0,61	0,29	0,15	0,11	0,31
Toscana	0,22	0,28	0,17	0,20	0,16	0,20
Umbria	0,63	0,76	0,55	0,38	0,22	0,50
Marche	1,21	1,28	0,37	0,25	0,05	0,51
Abruzzo	0,70	0,89	0,35	0,12	0,23	0,39
Molise	1,44	1,01	0,90	0,31	0,00	0,60
Campania	4,53	2,12	0,89	0,58	0,24	1,09
Puglia	3,58	1,65	0,67	0,38	0,07	0,79
Basilicata	0,50	1,07	0,51	0,19	0,12	0,44
Calabria	1,18	1,11	0,75	0,44	0,57	0,72
Sicilia	1,62	1,65	0,62	0,19	0,04	0,65
Sardegna	1,22	0,74	0,43	0,15	0,17	0,40
<b>Italia</b>	<b>1,69</b>	<b>1,34</b>	<b>0,52</b>	<b>0,29</b>	<b>0,14</b>	<b>0,61</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2017.

**Grafico 1** - Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica affetti da asma per regione - Anno 2016



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2017.





### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Nell'anno 2016, in Italia il tasso di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili per asma in età pediatrica è pari a 0,61 per 1.000. Il dato mostra un lieve incremento rispetto al 2015 (0,58 per 1.000, +5,17%). In generale, solo 5 regioni manifestano un dato superiore al valore nazionale e non emerge un chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole nel numero di ospedalizzazioni. Tuttavia, nelle regioni del Nord l'aumento del tasso, rispetto all'anno precedente, è più marcato che nelle regioni meridionali (+12,50% e +2,35%, rispettivamente).

Secondo l'ultimo Rapporto sulla Qualità dell'Aria stilato dall'Agenzia Europea per l'Ambiente (7), la Pianura Padana si riconferma come una delle regioni europee con la più elevata concentrazione media annua di particolato e diossido di azoto (stime 2015), due sostanze le cui ripercussioni sull'aggravamento delle patologie polmonari sono ben note. È, dunque, ipotizzabile che l'aumento delle ospedalizzazioni pediatriche per asma sia non solo conseguenza di una minore accessibilità alle cure territoriali, ma anche di una scarsa qualità dell'aria, in particolare nelle aree altamente urbanizzate e industrializzate del Nord.

### **Riferimenti bibliografici**

- (1) Pediatric quality indicators: technical specifications [version 5.0]. PDI #14 asthma admission rate. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2015.
- (2) McDonald KM, Davies SM, Haberland CA, Geppert JJ, Ku A, Romano PS. Preliminary assessment of pediatric health care quality and patient safety in the United States using readily available administrative data. *Pediatrics* 2008; 122 (2): e416-e425.
- (3) Luciano L, Lenzi J, McDonald KM, Rosa S, Damiani G, Corsello G, Fantini MP. Empirical validation of the "Pediatric Asthma Hospitalization Rate" indicator. *Ital J Pediatr* 2014; 40: 7.
- (4) Chiang CL. Standard error of the age-adjusted death rate. U.S. Department of Health, Education and Welfare: Vital Statistics Special Reports 1961; 47: 271-285.
- (5) Dobson AJ, Kuulasmaa K, Eberle E, Scherer J. Confidence intervals for weighted sums of Poisson parameters. *Stat Med* 1991; 10: 457-462.
- (6) Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. I ricoveri in età pediatrica nel Lazio. Anno 2012. Roma: Regione Lazio; 2012.
- (7) European Environment Agency. Air quality in Europe - 2017 report. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017.





## Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per gastroenterite in età pediatrica

**Significato.** La gastroenterite è una malattia comune nei bambini e, per quanto alcuni ricoveri ad essa riconducibili siano da considerarsi inevitabili, nella maggior parte dei casi una tempestiva ed efficace cura a livello territoriale pare essere associata a una riduzione del rischio di ospedalizzazione (1, 2). Come per l'asma, anche nel caso delle gastroenteriti il tasso di ospedalizzazione

può descrivere la qualità dei servizi territoriali in termini di accessibilità e di appropriatezza delle cure presupponendo che, al migliorare di queste, diminuisca il ricorso al ricovero ospedaliero (1, 3, 4). Il presente indicatore è inserito nel Piano Nazionale Esiti con la granularità delle Aziende territoriali.

### Tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti affetti da gastroenterite\*

Numeratore	Dimissioni ospedaliere di pazienti di età 0-17 anni affetti da gastroenterite**	
Denominatore	Popolazione media residente di età 0-17 anni	x 1.000

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

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

**Validità e limiti.** La stima dei ricoveri ospedalieri per gastroenterite in età pediatrica può rappresentare un indicatore valido e riproducibile della tempestività, accessibilità e appropriatezza delle cure territoriali rivolte al bambino; in via indiretta, può fungere anche da strumento per valutare la qualità dell'organizzazione delle cure primarie. Un limite alla validità dell'indicatore in oggetto può essere riconducibile alla completezza e alla qualità delle codifiche presenti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera.

Per meglio delineare la qualità dell'accesso ai servizi territoriali, è consigliabile includere nel conteggio delle ospedalizzazioni evitabili per gastroenterite non solo i Ricoveri Ordinari, ma anche i Day Hospital, poiché la loro quota, benché abbastanza contenuta a livello medio nazionale (circa il 2%), mostra una variabilità abbastanza accentuata tra le regioni (5).

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non essendo presenti riferimenti normativi o di letteratura, nel commento dei risultati viene utilizzato come riferimento il valore nazionale. Per saggiare la differenza di ogni tasso regionale rispetto al dato italiano sono stati costruiti gli Intervalli di Confidenza (IC) al 95% usando l'approssimazione normale alla distribuzione di Poisson per gli eventi frequenti e la somma ponderata di parametri di Poisson per gli eventi rari (6, 7).

### Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel 2016 il tasso di ospedalizzazioni per gastroenterite in età pediatrica è pari a 1,83

per 1.000, in forte diminuzione rispetto al 2015 (2,79 per 1.000, -32,26%). In Tabella 1 vengono presentati i tassi regionali, calcolati sull'intera popolazione pediatrica (0-17 anni) e stratificati per classe di età. Rispetto ai ragazzi di età compresa tra 15-17 anni, il rischio di ricovero per gastroenterite è significativamente più alto nei bambini di età <1 anno (Rischio Relativo-RR=21,03; IC 95%=19,22-23,01), così come nei soggetti di età 1-4 anni (RR=14,04; IC 95%=12,89-15,29), 5-9 anni (RR=3,70; IC 95%=3,38-4,05) e 10-14 anni (RR=1,80; IC 95%=1,63-1,98) (dati non presenti in tabella).

La diminuzione delle ospedalizzazioni per gastroenterite pediatrica tra il 2015 e il 2016 ha coinvolto tutta la penisola, anche se in maniera diseguale. In tutte le regioni del Nord, ad eccezione della PA di Bolzano (-48,96%), la riduzione è meno marcata del dato nazionale (-34,41%), mentre nel Sud e nelle Isole la riduzione è più marcata, ad eccezione della Basilicata (-33,47%).

Nel Grafico 1 vengono illustrati i tassi standardizzati per età a livello regionale. Nonostante il forte calo delle ospedalizzazioni nel Sud e nelle Isole, le regioni del Mezzogiorno presentano ancora *performance* peggiori rispetto al dato nazionale ad eccezione di Molise, Campania e Basilicata, mentre le regioni del Nord e del Centro mostrano tassi di ospedalizzazione significativamente inferiori al dato italiano, con la sola eccezione della Lombardia (a conferma di quanto già osservato nel 2015).



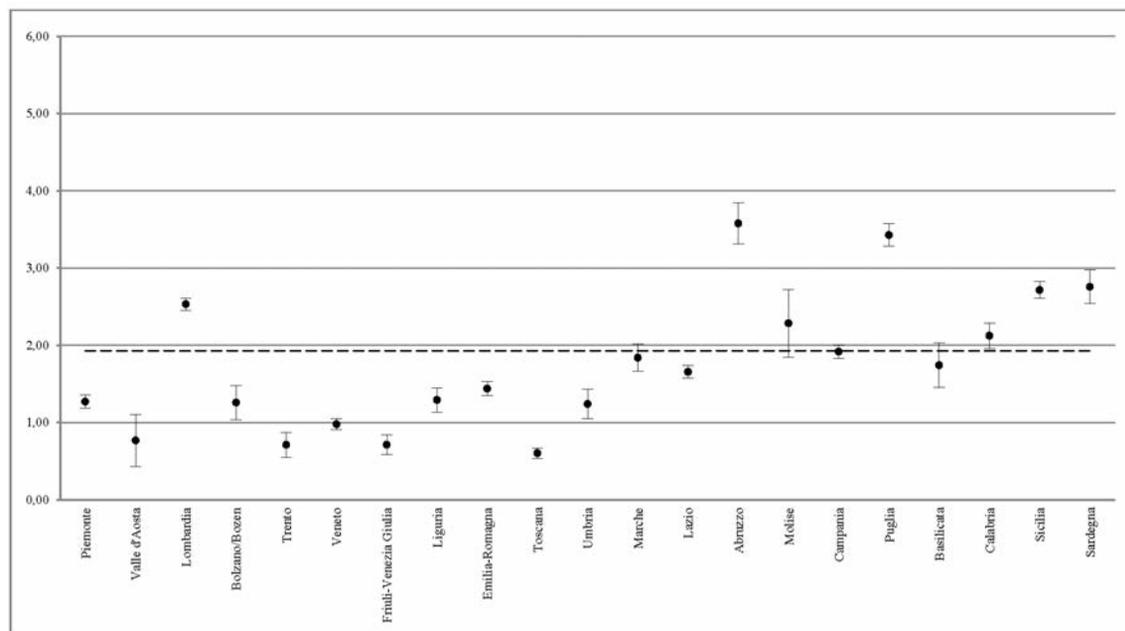


**Tabella 1** - Tasso (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica affetti da gastroenterite per regione - Anno 2016

Regioni	0	1-4	5-9	10-14	15-17	Totale
Piemonte	4,87	3,05	0,67	0,34	0,26	1,21
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	5,20	0,91	0,16	0,17	1,12	0,72
Lombardia	11,17	6,13	1,20	0,58	0,38	2,42
Bolzano-Bozen	3,90	3,36	0,58	0,25	0,40	1,23
Trento	2,58	1,78	0,29	0,15	0,30	0,68
Veneto	3,93	2,37	0,53	0,22	0,16	0,92
Friuli Venezia Giulia	2,24	1,81	0,34	0,13	0,32	0,67
Liguria	5,81	3,01	0,58	0,37	0,24	1,19
Emilia-Romagna	7,66	3,10	0,76	0,32	0,19	1,39
Toscana	2,08	1,46	0,30	0,17	0,18	0,57
Umbria	5,18	2,46	0,82	0,33	0,52	1,18
Marche	6,15	4,60	1,29	0,34	0,17	1,75
Lazio	6,07	3,78	1,06	0,48	0,32	1,60
Abruzzo	9,23	9,14	2,16	1,11	0,76	3,43
Molise	9,14	5,50	0,90	0,92	0,35	2,10
Campania	7,43	4,34	1,21	0,65	0,18	1,76
Puglia	7,68	8,37	2,43	1,28	0,69	3,16
Basilicata	3,73	4,09	1,39	0,57	0,47	1,59
Calabria	5,71	5,28	1,42	0,57	0,49	2,00
Sicilia	6,44	5,84	2,53	1,14	0,27	2,58
Sardegna	6,94	7,11	1,69	0,91	0,45	2,57
<b>Italia</b>	<b>6,79</b>	<b>4,54</b>	<b>1,20</b>	<b>0,58</b>	<b>0,32</b>	<b>1,83</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2017.

**Grafico 1** - Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica affetti da gastroenterite per regione - Anno 2016



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2017.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'anno 2016, in Italia il tasso di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili per gastroenterite in età pediatrica è pari a 1,83 per 1.000, in netto calo rispetto al 2015 (2,79 per 1.000, -32,26%). Dalle analisi emerge che la sperequazione dei servizi territoriali regionali è ancora evidente, ma è andata ridimensio-

nandosi: solo 2 regioni del Sud, l'Abruzzo e la Puglia, presentano un valore superiore al 3,00 per 1.000. Per meglio comprendere il fenomeno in esame e delinearne, ove presenti, le differenze tra le regioni, si consiglia di stratificare le analisi per classe di età (5). Nel complesso, sorprende che in Italia le ospedalizzazioni pediatriche per gastroenterite siano calate di





oltre un terzo tra il 2015 e il 2016. Questo risultato è imputabile a un miglioramento dei servizi territoriali in termini di accessibilità e appropriatezza delle cure, ma è altresì ipotizzabile che parte di questa diminuzione sia dovuta a un sempre più crescente ricorso alla vaccinazione contro i rotavirus nella prima infanzia (8). Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 introdurrà la vaccinazione anti-rotavirus ai nuovi nati a partire dal 1 gennaio 2018.

#### Riferimenti bibliografici

- (1) McDonald KM, Davies SM, Haberland CA, Geppert JJ, Ku A, Romano PS. Preliminary assessment of pediatric health care quality and patient safety in the United States using readily available administrative data. *Pediatrics* 2008; 122: e416-e425.
- (2) Pediatric quality indicators: technical specifications [version 5.0]. PDI #16 gastroenteritis admission rate. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2015.
- (3) Beal AC, Co JP, Dougherty D, Jorsling T, Kam J, Perrin J, Palmer RH. Quality measures for children's health care. *Pediatrics* 2004; 113: 119-209.
- (4) Sedman A, Harris JM 2nd, Schulz K, Schwalenstocker E, Remus D, Scanlon M, Bahl V. Relevance of the Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Indicators for children's hospitals. *Pediatrics* 2005; 115: 135-145.
- (5) Lenzi J, Luciano L, McDonald KM, Rosa S, Damiani G, Corsello G, Fantini MP. Empirical examination of the indicator 'pediatric gastroenteritis hospitalization rate' based on administrative hospital data in Italy. *Ital J Pediatr* 2014; 40: 14.
- (6) Chiang CL. Standard error of the age-adjusted death rate. U.S. Department of Health, Education and Welfare: Vital Statistics Special Reports 1961; 47: 271-285.
- (7) Dobson AJ, Kuulasmaa K, Eberle E, Scherer J. Confidence intervals for weighted sums of Poisson parameters. *Stat Med* 1991; 10: 457-462.
- (8) European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC Expert opinion on rotavirus vaccination in infancy. Stockholm: ECDC; 2017.

