



## Assistenza ospedaliera

Il panorama internazionale dell'assistenza ospedaliera si è mostrato dinamico e in rapida evoluzione negli ultimi decenni, riflettendo innovazioni tecnologiche e organizzative che hanno determinato un impatto rilevante e significativi cambiamenti in molteplici ambiti clinico assistenziali, dalla chirurgia robot-assistita ai nuovi farmaci biologici e dalla telemedicina all'intelligenza artificiale applicata alla diagnostica. Il fenomeno è generalizzato, ma ad essere più coinvolti sono i Paesi con servizi sanitari maturi e consolidati.

Anche in Italia il sistema ospedaliero riflette l'evoluzione globalmente in atto. La *performance* complessiva del sistema è il risultato dell'articolata struttura della sua offerta, caratterizzata da punte di eccellenza, ma anche da una consistente variabilità intra ed inter-regionale. Al di là dei singoli dati di *performance* e appropriatezza del livello nazionale e locale, nell'ultimo decennio il sistema dell'assistenza ospedaliera del nostro Paese appare in costante rimodellamento, ed ancor più se si considerano le diverse realtà regionali.

Parallelamente al dinamismo del sistema ospedaliero, la salute degli italiani ha mostrato un crescente miglioramento in termini complessivi, tanto di aspettativa quanto di qualità di vita. Sebbene il contributo dell'assistenza ospedaliera non possa essere considerato l'unico fattore responsabile di tale andamento, è indubbio che i progressi tecnologici e organizzativo-strutturali dell'ambito ospedaliero abbiano fatto registrare notevoli progressi in termini di appropriatezza d'uso, di accessibilità e di esiti.

Infatti, negli ultimi anni, sulla base delle grandi riforme del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) introdotte negli anni Novanta, abbiamo assistito ad un graduale e continuo processo di modernizzazione e ridefinizione del ruolo dei nostri Ospedali. Il cammino percorso ha attraversato diverse fasi, caratterizzate da specifici indirizzi strategici, indicazioni normative e atti di programmazione diversificati, dettati dal rapido evolvere del quadro epidemiologico, socio-demografico, tecnologico ed economico. In particolare, l'ultimo triennio ha visto l'approvazione di diversi provvedimenti, i più importanti dei quali sono di seguito riportati.

Il DM del 21 giugno 2016 sui Piani di Rientro per le Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie e Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e le recenti intese relative al Piano Nazionale sulla Mobilità Sanitaria avranno un impatto di rilievo sulla struttura dell'offerta di assistenza ospedaliera, così come il DPCM del 12 gennaio 2017 che aggiorna e integra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per le attività di Pronto Soccorso, Ricovero Ordinario per acuti, Day Surgery (DS), Day Hospital (DH), riabilitazione e post-acuzie.

La Legge n. 24/2017 detta importanti disposizioni sulla "sicurezza delle cure e la responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie". Il Piano Nazionale della Cronicità del settembre 2016 fornisce un quadro di riferimento per la gestione integrata, centrata sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, delle principali patologie croniche e definisce le caratteristiche principali degli Ospedali di Comunità.

L'intenso lavoro di programmazione degli ultimi anni ha contribuito a migliorare la struttura e le *performance* del nostro sistema ospedaliero e, tuttavia, come illustrato in più punti negli indicatori presentati in questo Capitolo, il processo di modernizzazione ha interessato in misura diversa le varie realtà regionali, soprattutto nel confronto tra Nord e Meridione. Peraltro, molte delle principali indicazioni della programmazione nazionale sono state ampiamente anticipate da alcune regioni che hanno saputo individuare, precocemente, gli interventi necessari ad adeguare l'offerta e l'organizzazione ospedaliera al mutato contesto epidemiologico e socio-economico.

Questo quadro in forte evoluzione, sia dal punto di vista normativo che organizzativo, impone un adeguato monitoraggio ed una sistematica valutazione dello stato di attuazione a livello regionale delle linee di programmazione nazionale, con il duplice obiettivo di assumere come benchmark le migliori *performance* effettivamente perseguibili e di verificare la *compliance* e le tempistiche dei singoli sistemi regionali nel recepire le normative. Diversi programmi di monitoraggio sono ormai sistematizzati a livello nazionale. Tra questi, va sicuramente citato il Piano Nazionale Esiti, diventato ormai punto di riferimento anche per il monitoraggio del sistema dell'assistenza ospedaliera italiana.

Come nelle Edizioni precedenti del Rapporto Osservasalute, si conferma una forte variabilità con situazioni limite che riflettono una netta differenza tra alcune regioni ancora alle prese con gli effetti dei Piani di Rientro e problemi di *performance* ed altre realtà regionali, invece, che hanno già raggiunto e superato molti dei traguardi fissati dalle linee di programmazione nazionale degli ultimi anni.

Anche il Capitolo "Assistenza ospedaliera" del presente Rapporto prevede due diverse modalità di presentazione degli indicatori. Una prima modalità, con i risultati commentati e le relative raccomandazioni degli Autori, e una seconda modalità con la presentazione, in Appendice, degli indicatori e delle tabelle con le serie storiche dei dati, senza commenti.





La prima modalità è stata utilizzata per analizzare il tasso di ospedalizzazione per età, tipologia di attività e DRG medici e la percentuale di interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 48 ore dal ricovero ospedaliero, cioè indicatori volti a valutare situazioni specifiche di particolare interesse per lo stato dell'assistenza ospedaliera nel nostro Paese.

La seconda modalità di presentazione è stata utilizzata per indicatori già ampiamente trattati nelle precedenti Edizioni e che presentano un andamento relativamente stabile e/o un trend consolidato. Si tratta di indicatori relativi a: "Ricovero e Accesso in Day Hospital, Day Surgery e One Day Surgery", "Degenza media", "Degenza media preoperatoria per le procedure chirurgiche" e "Ospedalizzazione di patologie ad elevato impatto sociale". L'analisi di questi indicatori consente di effettuare alcune valutazioni sul sistema ospedaliero.

#### *Sintesi degli indicatori in Appendice*

Nel 2018, il numero totale, a livello nazionale, di ricoveri in DH risulta pari a 766.671, in diminuzione rispetto al 2017 (799.187). Analogamente, sono diminuiti anche i dimessi in DS, passando da 1.012.894 del 2017 a 989.607 del 2018. Tale miglioramento può essere spiegato dall'adozione di adeguati percorsi clinico-assistenziali, in particolare nella fase di accesso e preoperatoria del paziente. Inoltre, tale decremento è anche, in parte, dovuto alla 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.).

Sempre nel 2018, si registra una Degenza Media (DM) complessiva, standardizzata per *case-mix*, pari a 7,1 giorni. Tale valore è in leggero aumento rispetto al valore registrato nei 3 anni precedenti (6,9, 7,0 e 7,0 giorni) e questa crescita può essere spiegata dalla progressiva riduzione del tasso di ospedalizzazione che, indirettamente, determina una maggiore prevalenza dei ricoveri più complessi. Nello stesso anno, la DM, divisa per genere, è di 7,4 giorni per la componente maschile, mentre per la componente femminile è pari a 6,8 giorni. Per questo indicatore è presente una lieve variabilità regionale (il *range* della DM standardizzata per *case-mix* è compreso tra 6,2 giorni della Toscana e 7,8 giorni del Veneto), ma non un gradiente geografico.

Riguardo alla Degenza Media Preoperatoria per le procedure chirurgiche, standardizzata per *case-mix*, si osserva un lieve aumento negli ultimi 3 anni (1,73 giorni del 2015 vs 1,78 giorni del 2018), ma una riduzione rispetto ai 2,01 giorni del 2006. L'incremento è da attribuire in buona parte al passaggio al regime ambulatoriale di numerose tipologie di interventi ad alta prevalenza e bassa complessità. Per questo indicatore 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.

Infine, i dati relativi ai tassi di dimissione per patologie ad elevato impatto sociale (protesi d'anca, bypass aortocoronarico, e angioplastica coronarica, per pazienti di età >65 anni), mostrano un trend in continua riduzione in tutto l'arco temporale in esame (2011-2018) e per tutte e tre le condizioni oggetto di studio.

#### *Conclusioni*

I dati presentati in questo Capitolo mostrano una generale e chiara tendenza, sia a livello nazionale che regionale, verso il miglioramento delle *performance* del nostro servizio ospedaliero negli ultimi anni, pur con alcune eccezioni che implicano di non abbassare la soglia di attenzione come, ad esempio, l'aumento della DM nazionale negli ultimi 2 anni. Tuttavia, l'evidenza che molte regioni abbiano già raggiunto alcuni dei più comuni standard fissati dalla programmazione nazionale fa riflettere sul fatto che tali parametri possano ancora rappresentare, se considerati isolatamente dal contesto complessivo, effettivi ed utili benchmark per il prossimo futuro.

Nel dettaglio, le sfide che il nostro sistema sta affrontando coinvolgono sia l'ambito clinico che quello organizzativo/normativo. L'invecchiamento della popolazione, la crescente prevalenza di comorbidità, la cronicizzazione di alcune patologie e l'impatto dell'antibiotico resistenza, oltre che le dinamiche professionali sia demografiche che di ruolo e di *skill-mix*, comportano una necessaria revisione del modello di presa in carico del paziente e una maggiore attenzione verso le buone pratiche basate sulle evidenze e nell'individuazione dei *setting* più appropriati per migliorare sia l'efficacia che l'efficienza dell'assistenza. Per questo motivo è sempre più necessario impostare e/o integrare infrastrutture in grado di rilevare ed elaborare dati affidabili e di qualità, che possano essere di supporto per aumentare l'adattabilità/resilienza del nostro sistema alle sfide attuali e future.

Dal punto di vista organizzativo/normativo, come già accennato, gli ultimi anni sono stati caratterizzati da un numero significativo di nuovi provvedimenti che, in maniera diretta e indiretta, hanno coinvolto il sistema dell'assistenza ospedaliera.

La sfida per il sistema ospedaliero nazionale e per tutti i sottosistemi regionali è quella di continuare l'ormai avviato riassetto strutturale ed organizzativo dei nostri Ospedali, in funzione della sostenibilità del sistema e della concreta possibilità di assicurare l'applicazione uniforme dei LEA di fronte alle nuove sfide che si profilano per il SSN.





## Ospedalizzazioni per età, tipologia di attività e DRG medici e chirurgici

**Significato.** La domanda soddisfatta dal sistema ospedaliero viene descritta attraverso l'analisi dei tassi di ospedalizzazione, per regime di ricovero, per età e per DRG medici e chirurgici.

Tali indicatori, nelle Edizioni precedenti del Rapporto Osservasalute, venivano presentati in Appendice. Per la presente Edizione, invece, considerata la forte riduzione del numero dei ricoveri su tutto il nostro territorio in questi ultimi anni, questi indicatori vengono analizzati nel dettaglio. Infatti, i dati registrati fino al 2016 indicano un tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 138,6 per 1.000, in calo rispetto al 2015 (140,7 per 1.000) e nettamente inferiore allo standard del 160 per 1.000 indicato dal DM n. 70/2015. L'indicatore viene analizzato come serie storica (2010-2018) e con dettaglio regionale del tasso di ospedalizzazione in regime di Ricovero Ordinario (RO), Day Hospital (DH) e totale e per età, tipologie di attività e ricoveri con DRG medici e chirurgici.

Il tasso di ospedalizzazione (o Tasso di Dimissione-TD), in generale, fornisce una misura sintetica del ricorso al ricovero ospedaliero della popolazione oggetto di studio. Si calcola come rapporto fra il numero di ricoveri ospedalieri, ovunque effettuati, relativi a soggetti residenti in una data regione e la complessiva popolazione ivi residente. Viene, solitamente, elaborato distintamente per le diverse modalità di ricovero, ovvero sia per il RO che per quello diurno, comprensivo del DH medico e chirurgico, altrimenti detto Day Surgery. Pertanto, l'indicatore consente di descrivere il ricorso alle diverse modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera e di cogliere,

nelle analisi temporali, gli eventuali spostamenti della casistica trattata da un *setting* assistenziale all'altro. In questo modo, si ottengono anche indicazioni sulla struttura dell'offerta e sulle sue modificazioni.

L'età del paziente rappresenta un fattore demografico estremamente significativo quando si analizza il ricorso alle prestazioni sanitarie. In particolare, la tipologia di assistenza ospedaliera erogata (acuzie, riabilitazione o lungodegenza) risente fortemente delle caratteristiche demografiche della popolazione e ciò è da attribuire, in parte, all'organizzazione dell'offerta di prestazioni sanitarie presso strutture assistenziali di pertinenza territoriale. I tassi di ospedalizzazione, calcolati a livello regionale, per classi di età e per tipologia di assistenza erogata, consentono di evidenziare il fenomeno ed eventuali differenze geografiche.

Verranno analizzati anche i TD per i DRG medici e chirurgici, sia per il regime di RO che per il DH, con lo scopo di valutare, nell'ambito di ogni regione, il contributo fornito da ciascuna componente al TD complessivo. La variabilità regionale del TD generale si riflette, naturalmente, anche sui TD per DRG medici e chirurgici.

La variabilità geografica fornisce una rappresentazione abbastanza efficace delle politiche attuate dalle diverse regioni in termini di dimensionamento dell'offerta ospedaliera, di contrasto dei ricoveri inappropriati, di organizzazione dei servizi di Pronto Soccorso, di diagnosi strumentale e di decentramento dell'assistenza verso *setting* assistenziali extra-degenza ospedaliera o verso i servizi distrettuali.

### Tasso di dimissioni ospedaliere

$$\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere in regime di Ricovero Ordinario, Day Hospital e totale*} \\ \text{Denominatore} \quad \frac{\text{Popolazione media residente}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

### Tasso di dimissioni ospedaliere per età e tipologia di attività

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

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

$$\text{Numeratore} \quad \text{Dimissioni ospedaliere per DRG medici e chirurgici in regime di Ricovero Ordinario,} \\ \text{Day Hospital e totale*} \\ \text{Denominatore} \quad \frac{\text{Popolazione media residente}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

\*Distintamente nei reparti di attività per acuti, riabilitazione e lungodegenza.



**Validità e limiti.** L'indicatore è stato calcolato tenendo conto delle dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale. I reparti di dimissione considerati sono quelli per acuti, riabilitazione e lungodegenza. Sono state escluse le dimissioni dei neonati sani e, per garantire omogeneità tra numeratore e denominatore dell'indicatore, sono stati esclusi i ricoveri dei soggetti non residenti in Italia. Sono stati inclusi, invece, i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto perché l'indicatore intende esprimere l'entità della domanda di ricovero soddisfatta nel corso dell'anno.

L'indicatore misura la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dalla rete ospedaliera presente sul territorio, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle meno appropriate, se erogate in regime di ricovero. La non appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di ricovero può non essere esclusivamente espressione di malfunzionamento dell'Ospedale, ma può essere dovuta ad una carente offerta e distribuzione dei servizi sanitari territoriali rivolti alle patologie croniche. D'altra parte, l'indicatore non consente di analizzare compiutamente fenomeni di *underuse*, ovvero la domanda "insoddisfatta" dovuta, in taluni contesti, alla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie e rappresentativa di un bisogno di salute percepito ed espresso dalla popolazione.

Qualche cautela va prestata nei confronti regionali dei TD in regime di DH: si rilevano, infatti, alcune diversità, da una regione all'altra, nella modalità di registrazione dei cicli e degli accessi all'ospedalizzazione in regime diurno. Le diversità rilevate possono anche essere dovute ad una diversa modalità di impiego delle strutture ambulatoriali.

Il fenomeno dell'ospedalizzazione, inoltre, risulta notevolmente correlato all'età del paziente. Pertanto, al fine di confrontare la propensione al ricovero nei diversi contesti regionali, è stato calcolato il tasso standardizzato. Con riferimento, quindi, alla popolazione media residente in Italia nel 2011, sono stati calcolati i TD regionali standardizzati, in cui risulta corretto l'effetto della diversa composizione per età delle popolazioni nelle singole regioni. Il dato più recente (2018) è messo a confronto con analoghe rilevazioni effettuate con riferimento ai dati degli anni precedenti.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Sono presi a riferimento gli standard previsti dal DM n. 70/2015, tra cui il limite del TD totale pari a 160 per 1.000 residenti. Per i sotto-indicatori di cui non esiste un riferimento normativo, il confronto dei tassi specifici regionali con quello nazionale consente di evidenziare le differenze presenti sul territorio nazionale.

### Descrizione dei risultati

Il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere a livello italiano mostra un andamento in progressiva riduzione nel periodo 2013-2018, passando da 155,5 ricoveri per 1.000 residenti del 2013 a 132,4 per 1.000 del 2018 (Grafico 1).

Nel 2014, prima dell'entrata in vigore del DM n. 70/2015 alcune regioni mostravano un TD superiore allo standard poi fissato a 160 per 1.000. In particolare, Valle d'Aosta, Campania, Molise, PA di Bolzano, Sardegna, PA di Trento, Abruzzo e Liguria mostravano un TD totale oltre la soglia fissata.

Nel 2018, nessuna regione presenta valori oltre soglia. Ciononostante, anche nel 2018 permane la notevole variabilità inter-regionale osservata per tutti gli anni precedenti, sia per quel che riguarda il TD totale che per quello specifico per RO e DH. Il TD totale varia da 158,6 e 149,8 per 1.000, rispettivamente di Valle d'Aosta e PA di Bolzano (valori maggiori), a 117,8 e 123,7 per 1.000, rispettivamente di Sicilia e Puglia (valori minori). Il TD per ricoveri in regime di RO oscilla da 124,9 per 1.000 della PA di Bolzano a 94,7 per 1.000 della Sicilia, mentre quello per ricoveri in regime di DH da 48,2 per 1.000 della Campania a 12,3 per 1.000 della Puglia (Tabella 1).

Anche i dati relativi al TD in RO per acuti e per classi di età mostrano una notevole variabilità inter-regionale sia per quanto riguarda il valore grezzo che standardizzato per età. Nel 2018, la media nazionale mostra un intuitivo andamento del TD al crescere dell'età: classe di età 0-14 anni 60,77 per 1.000, classe di età 15-24 anni 42,15 per 1.000, classe di età 25-64 anni 73,44 per 1.000, classe di età 65-74 anni 158,63 per 1.000 e classe di età 75 anni ed oltre 260,43 per 1.000 (Tabella 2). Analogamente, i TD in regime di RO per riabilitazione e lungodegenza e per classi di età evidenziano un forte trend legato al crescere dell'età, passando, nel 2018, da 0,78 per 1.000 nella fascia di età 0-44 anni a 18,33 per 1.000 nella fascia di età *over* 75 anni per la riabilitazione (Tabella 3) e da 0,23 per 1.000 nella fascia di età 0-64 anni a 10,17 per 1.000 nella fascia di età *over* 75 anni per la lungodegenza (Tabella 4).

I dati standardizzati per età mostrano, comunque, una forte disomogeneità regionale, attribuibile probabilmente alle diverse politiche relative sia ai ricoveri per riabilitazione che per lungodegenza presenti nelle regioni.

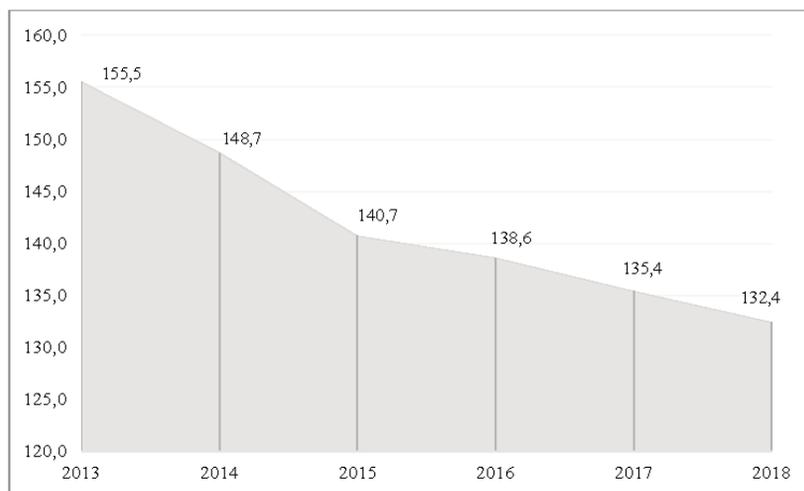
I dati relativi al TD per DRG medici e chirurgici (Tabella 5), mostrano come la proporzione di ricoveri per DRG chirurgici sul totale dei ricoveri sia pressoché stabile nel periodo 2016-2018, passando da 42,9% a 41,0% in RO, da 55,4% a 55,5% in DH e da 45,9% a 44,1% in totale. Va, però, sottolineata la grande variabilità inter-regionale. A titolo esemplificativo, nel 2018, il TD in DH per DRG medici oscilla da 5,0 per 1.000 in Lombardia a 26,1 per 1.000 in Campania.



## ASSISTENZA OSPEDALIERA

471

**Grafico 1** - Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, totale - Anni 2013-2018



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2019.

**Tabella 1** - Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per regime di ricovero e per regione - Anni 2013-2018

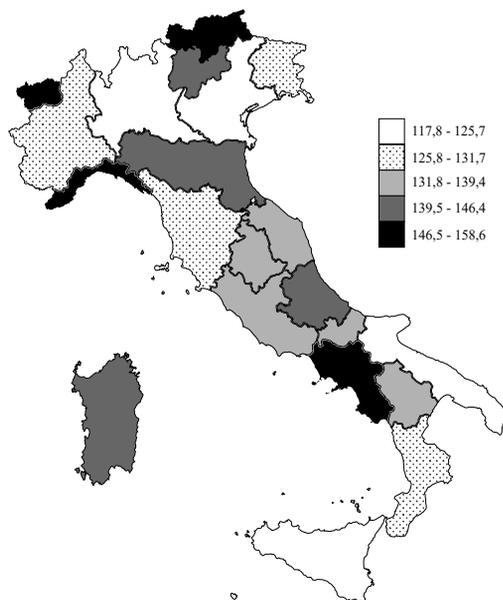
Regioni	2013			2014			2015			2016			2017			2018		
	RO	DH	Totale															
Piemonte	110,4	33,8	144,2	106,7	31,6	138,2	104,8	29,7	134,5	102,1	28,9	131,0	100,1	28,0	128,1	99,9	27,9	127,9
Valle d'Aosta	134,9	54,9	189,8	136,8	55,5	192,3	132,6	56,4	189,0	122,2	44,9	167,2	117,1	41,3	158,4	117,1	41,5	158,6
Lombardia	119,8	20,5	140,3	114,6	22,1	136,8	111,8	21,4	133,2	109,1	21,5	130,6	107,0	20,9	127,9	104,4	20,8	125,2
Bolzano-Bozen	136,8	35,8	172,5	135,2	33,8	168,9	131,8	32,3	164,2	127,4	31,2	158,6	127,0	30,5	157,5	124,9	30,0	154,9
Trento	113,9	52,7	166,6	112,5	51,4	163,8	111,7	47,8	159,5	109,0	43,5	152,5	105,4	41,6	147,0	101,8	40,2	142,0
Veneto	101,2	31,1	132,4	99,9	29,7	129,6	99,8	29,3	129,1	101,5	26,3	127,8	103,4	22,5	126,0	102,3	22,2	124,5
Friuli Venezia Giulia	109,9	34,0	143,9	105,2	31,7	136,9	100,3	29,2	129,5	102,8	28,7	131,5	102,9	27,8	130,8	103,3	27,7	131,0
Liguria	112,8	54,9	167,6	109,0	51,8	160,9	105,5	48,8	154,2	103,2	48,1	151,3	110,0	38,6	148,6	108,7	37,8	146,5
Emilia-Romagna	120,7	37,1	157,8	117,7	35,3	153,0	115,6	33,6	149,2	113,4	31,6	145,1	116,8	25,4	142,2	114,8	25,5	140,3
Toscana	103,1	34,4	137,5	101,1	33,7	134,9	97,6	33,3	131,0	95,0	32,2	127,2	95,9	31,7	127,6	94,9	31,5	126,4
Umbria	123,0	31,4	154,4	121,2	29,6	150,8	117,1	28,2	145,2	111,8	28,9	140,7	111,8	29,7	141,5	108,9	30,2	139,1
Marche	113,2	34,6	147,9	111,1	33,3	144,4	108,3	31,9	140,2	106,9	31,7	138,5	104,7	33,6	138,3	106,0	33,2	139,2
Lazio	115,4	54,9	170,4	109,7	49,4	159,0	104,4	45,5	149,8	102,0	42,2	144,2	100,1	41,5	141,6	97,8	40,0	137,8
Abruzzo	122,6	46,1	168,7	118,3	43,0	161,3	114,4	36,2	150,6	114,0	34,9	148,9	111,8	34,1	145,9	110,8	34,1	144,9
Molise	124,2	56,3	180,6	122,6	56,3	178,9	118,7	50,8	169,5	114,4	40,6	154,9	110,4	37,8	148,2	102,4	36,5	138,9
Campania	122,2	70,1	192,3	120,1	64,9	185,0	115,5	60,5	176,1	112,3	57,7	170,0	107,2	53,5	160,6	101,7	48,2	149,8
Puglia	133,6	35,3	168,9	127,5	31,4	158,9	121,9	24,1	146,0	117,1	18,1	135,2	114,0	14,5	128,4	111,5	12,3	123,7
Basilicata	110,8	36,2	147,0	109,5	35,0	144,5	108,2	32,9	141,1	105,4	32,2	137,7	104,4	30,0	134,5	102,2	29,7	131,9
Calabria	109,5	43,4	152,9	106,7	38,0	144,7	104,1	35,4	139,5	99,5	31,9	131,4	99,2	28,9	128,1	98,9	27,9	126,9
Sicilia	110,9	41,9	152,8	104,9	28,8	133,7	101,6	25,3	126,9	98,0	24,0	122,0	97,2	23,3	120,4	94,7	23,1	117,8
Sardegna	120,1	46,0	166,2	118,5	47,0	165,5	59,2	17,2	76,4	110,3	45,0	155,2	106,7	42,8	149,5	103,9	42,6	146,4
<b>Italia</b>	<b>115,9</b>	<b>39,6</b>	<b>155,5</b>	<b>112,1</b>	<b>36,6</b>	<b>148,7</b>	<b>107,3</b>	<b>33,3</b>	<b>140,7</b>	<b>106,4</b>	<b>32,2</b>	<b>138,6</b>	<b>105,3</b>	<b>30,1</b>	<b>135,4</b>	<b>103,3</b>	<b>29,1</b>	<b>132,4</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2019.





**Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, totale per regione. Anno 2018**



**Tabella 2** - Tasso (standardizzato e specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, in regime di Ricovero Ordinario per acuti per regione - Anni 2017-2018

Regioni	2017					Tassi std	2018					Tassi std
	0-14	15-24	25-64	65-74	75+		0-14	15-24	25-64	65-74	75+	
Piemonte	61,36	42,57	71,94	147,38	224,55	91,24	60,42	41,42	71,80	148,65	222,20	90,81
Valle d'Aosta	53,34	47,02	80,70	179,26	302,59	106,82	59,67	51,07	80,98	190,09	283,76	107,45
Lombardia	61,23	44,95	73,48	160,62	264,91	97,87	59,98	43,85	72,15	157,97	255,47	95,60
Bolzano-Bozen	63,83	47,92	81,64	186,45	363,22	115,93	66,83	46,40	79,27	181,98	355,11	113,58
Trento	39,34	37,60	70,00	163,15	290,96	95,12	36,39	36,44	68,11	154,90	284,08	91,97
Veneto	48,77	41,01	72,59	157,31	283,84	96,86	49,31	40,62	72,08	154,69	279,36	95,87
Friuli Venezia Giulia	46,45	42,04	71,59	159,10	301,13	98,06	47,36	44,87	73,19	160,53	292,04	98,56
Liguria	67,65	49,93	77,49	154,93	264,05	100,80	66,74	48,78	75,67	154,50	262,49	99,35
Emilia-Romagna	60,64	46,17	78,48	169,62	318,71	107,19	58,62	45,70	78,44	167,23	312,67	105,96
Toscana	46,83	41,48	68,20	148,39	277,05	92,57	47,03	39,13	67,34	149,45	272,89	91,57
Umbria	60,71	47,40	80,80	172,74	290,35	105,99	60,21	45,57	78,30	165,94	283,84	102,97
Marche	61,22	46,71	75,98	159,44	262,09	99,01	62,92	48,11	77,86	160,46	261,91	100,52
Lazio	63,72	39,05	69,77	151,68	252,49	93,37	60,56	37,77	68,39	150,56	247,20	91,37
Abruzzo	84,33	43,55	76,27	173,09	275,76	104,94	83,66	43,13	76,46	167,97	272,92	104,08
Molise	79,96	42,46	81,73	179,23	252,98	105,52	65,86	38,21	76,47	171,73	241,43	98,24
Campania	56,32	44,30	81,97	181,75	260,86	103,61	57,83	41,13	77,11	171,16	245,86	98,15
Puglia	83,61	47,15	83,29	177,52	279,77	109,95	79,72	46,08	82,31	175,34	268,46	107,36
Basilicata	65,61	38,61	75,51	162,54	261,57	98,83	65,74	37,42	73,08	160,91	255,65	96,61
Calabria	71,66	41,17	72,88	156,30	224,95	94,04	68,65	38,85	72,93	157,06	225,30	93,53
Sicilia	67,42	40,57	70,62	154,38	234,99	92,97	65,17	39,53	69,26	150,66	223,47	90,22
Sardegna	69,07	47,10	77,42	154,73	289,15	103,26	69,01	45,65	74,69	153,32	280,88	100,59
<b>Italia</b>	<b>61,89</b>	<b>43,40</b>	<b>74,71</b>	<b>161,04</b>	<b>267,35</b>	<b>98,79</b>	<b>60,77</b>	<b>42,15</b>	<b>73,44</b>	<b>158,63</b>	<b>260,43</b>	<b>96,84</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2019.

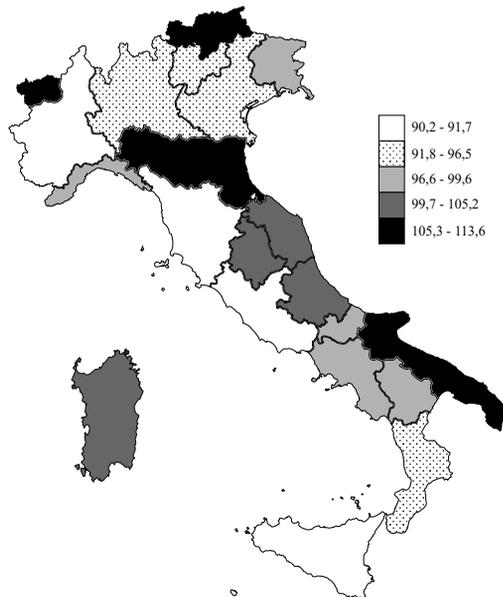




## ASSISTENZA OSPEDALIERA

473

**Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, in regime di Ricovero Ordinario per acuti per regione. Anno 2018**



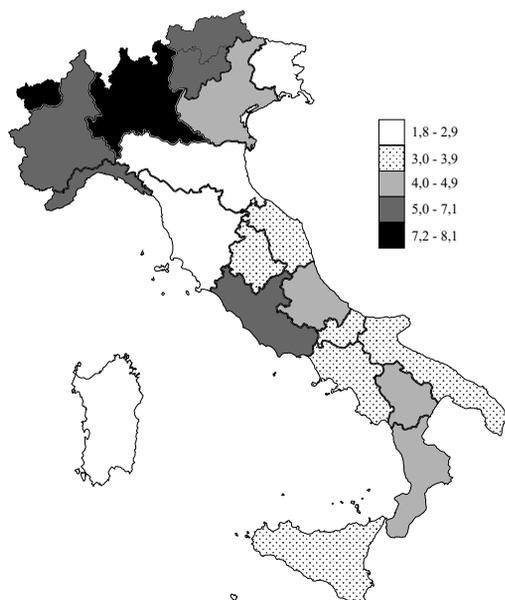
**Tabella 3** - Tasso (standardizzato e specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, in regime di Ricovero Ordinario per riabilitazione per regione - Anni 2017-2018

Regioni	2017					2018				
	0-44	45-64	65-74	75+	Tassi std	0-44	45-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	1,30	6,48	17,85	23,72	6,79	1,28	6,77	18,57	24,93	7,05
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,72	5,56	21,30	41,26	8,41	0,87	5,54	19,13	40,15	8,14
Lombardia	1,29	6,37	21,27	34,16	8,19	1,24	6,24	20,77	32,90	7,94
Bolzano-Bozen	0,58	4,66	18,79	34,10	7,08	0,55	4,63	18,26	35,11	7,11
Trento	1,06	6,08	19,24	28,05	7,15	1,06	6,42	19,40	26,88	7,14
Veneto	0,69	3,92	13,95	18,08	4,77	0,64	3,95	14,10	17,16	4,67
Friuli Venezia Giulia	0,65	2,79	8,14	8,99	2,89	0,61	2,69	8,09	8,84	2,82
Liguria	1,57	6,56	17,82	20,35	6,60	1,33	6,55	18,07	20,89	6,55
Emilia-Romagna	0,80	3,41	9,80	10,60	3,48	0,46	2,85	8,33	9,35	2,86
Toscana	0,48	1,99	5,91	8,92	2,34	0,51	2,03	5,85	8,23	2,29
Umbria	0,62	3,69	11,73	11,76	3,78	0,61	3,78	12,19	12,19	3,90
Marche	0,90	3,06	8,41	9,25	3,15	0,78	3,02	8,40	8,81	3,03
Lazio	0,53	3,76	14,42	23,96	5,30	0,52	3,65	14,15	21,82	5,02
Abruzzo	0,73	4,02	14,84	19,18	5,03	0,71	4,15	14,30	18,55	4,93
Molise	0,51	3,71	12,80	15,34	4,22	0,54	3,47	11,39	12,93	3,77
Campania	0,45	2,84	9,48	12,76	3,33	0,45	2,81	9,30	12,51	3,27
Puglia	0,80	3,26	10,12	14,83	3,91	0,76	3,16	10,35	14,97	3,90
Basilicata	0,61	3,76	12,10	21,72	4,87	0,52	3,68	12,54	22,15	4,89
Calabria	0,76	3,85	13,12	15,92	4,48	0,74	4,23	13,60	16,50	4,68
Sicilia	0,91	3,59	10,35	11,66	3,75	0,94	3,65	10,98	12,04	3,89
Sardegna	0,44	1,63	5,80	6,21	1,93	0,39	1,51	5,07	6,09	1,78
<b>Italia</b>	<b>0,83</b>	<b>4,15</b>	<b>13,38</b>	<b>18,81</b>	<b>4,92</b>	<b>0,78</b>	<b>4,11</b>	<b>13,24</b>	<b>18,33</b>	<b>4,82</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2019.



**Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, in regime di Ricovero Ordinario per riabilitazione per regione. Anno 2018**



**Tabella 4 - Tasso (standardizzato e specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, in regime di Ricovero Ordinario per lungodegenza per regione - Anni 2017-2018**

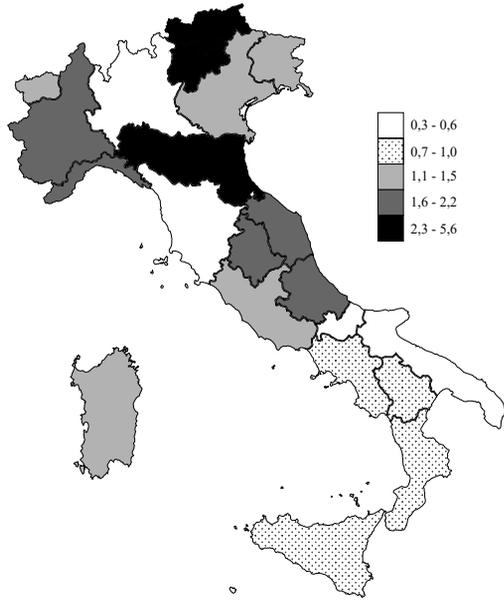
Regioni	2017				2018			
	0-64	65-74	75+	Tassi std	0-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,37	2,37	10,06	1,58	0,38	2,46	10,00	1,60
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	0,28	14,20	1,50	0,06	0,42	10,02	1,13
Lombardia	0,10	0,96	4,40	0,64	0,10	0,98	4,37	0,64
Bolzano-Bozen	0,70	8,80	30,42	4,63	0,67	8,75	31,81	4,74
Trento	0,71	5,39	21,84	3,38	0,56	3,63	20,39	2,94
Veneto	0,18	2,26	11,68	1,59	0,20	2,31	10,97	1,54
Friuli Venezia Giulia	0,20	1,92	10,24	1,42	0,19	2,06	9,30	1,33
Liguria	0,43	3,16	12,40	1,96	0,61	3,43	13,19	2,21
Emilia-Romagna	0,79	8,94	39,85	5,69	0,81	8,96	38,73	5,59
Toscana	0,09	0,79	3,86	0,55	0,10	0,88	4,06	0,59
Umbria	0,27	2,49	11,51	1,67	0,30	2,63	11,18	1,67
Marche	0,30	3,44	16,41	2,30	0,31	3,53	15,32	2,20
Lazio	0,12	1,33	9,21	1,19	0,11	1,33	8,53	1,11
Abruzzo	0,31	2,90	11,71	1,76	0,28	2,46	11,52	1,67
Molise	0,10	1,10	5,28	0,74	0,11	0,41	1,67	0,31
Campania	0,27	1,79	5,82	1,00	0,17	1,53	5,59	0,87
Puglia	0,07	0,74	3,25	0,47	0,08	0,93	3,53	0,53
Basilicata	0,13	1,20	5,54	0,81	0,15	1,05	4,77	0,72
Calabria	0,17	1,61	6,87	1,02	0,15	1,64	6,46	0,96
Sicilia	0,14	1,39	5,49	0,82	0,16	1,61	5,67	0,89
Sardegna	0,15	1,56	7,36	1,05	0,19	1,75	7,26	1,08
<b>Italia</b>	<b>0,23</b>	<b>2,24</b>	<b>10,47</b>	<b>1,50</b>	<b>0,23</b>	<b>2,26</b>	<b>10,17</b>	<b>1,47</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2019.



### ASSISTENZA OSPEDALIERA

**Tasso (standardizzato per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, in regime di Ricovero Ordinario per lungodegenza per regione. Anno 2018**







### **Raccomandazioni di Osservasalute**

La costante riduzione nell'offerta di posti letto ospedalieri e nel numero di ricoveri hanno portato a un progressivo declino del TD a livello nazionale e regionale. Tale riduzione si è estesa ben oltre il limite previsto dal DM n. 70/2015 di 160 per 1.000.

Le politiche di governo dell'appropriatezza e di riduzione degli accessi hanno portato sicuramente ad una maggiore efficienza del sistema, ma il progressivo ridursi dell'offerta ospedaliera, in un contesto di crescente richiesta di assistenza legata al progressivo invecchiamento della popolazione, deve necessariamente tradursi in un complementare incremento dell'offerta territoriale. Inoltre, in tutta la serie storica analizzata, risulta evidente una notevole variabilità inter-regionale sia nel TD totale, che di quello relativo ai ricoveri ordinari e in regime di DH.

Tale variabilità e disomogeneità tra regioni si evidenzia anche quando si considerano i TD per classe di età e per DRG. Le differenze dei TD medici sono, in massima parte, spiegabili dalle variabili legate alla struttura dell'offerta e alle politiche organizzative di governo della domanda. Anche il TD chirurgico è correlato al dimensionamento dell'offerta, ma a tale riguardo è importante considerare anche altri fattori che possono influenzare caratteristiche e volumi del servizio reso in termini di accesso ed erogazione delle prestazioni chirurgiche, in particolare quando si evidenziano situazioni di sovra o sotto utilizzo delle stesse (ad esempio, consenso non univoco dei professionisti riguardo le indicazioni all'intervento, caratteristiche dei *setting* assistenziali proposti, livello di informazione dei pazienti etc.).





## Interventi per frattura del collo del femore

**Significato.** La frattura del collo del femore è un evento frequente tra la popolazione anziana, soprattutto se coesistono comorbidità e condizioni di fragilità. Tale evento determina un crescente peso per i sistemi sanitari e richiede un sempre maggiore consumo di risorse. Questa tipologia di frattura rappresenta un importante problema di Sanità Pubblica, con una incidenza a livello nazionale, nel 2010, di 189,5 per 100.000 negli uomini e di 498,4 per 100.000 nelle donne di età 50 anni ed oltre (1, 2), con 120.845 ospedalizzazioni, 92.624 interventi chirurgici nel 2016 (3) e con rilevanti alterazioni funzionali nelle persone che la subiscono, specialmente tra gli anziani (4, 5).

Le Linee Guida più accreditate raccomandano di operare il paziente con frattura del collo del femore entro 48 ore o addirittura entro 24-36 ore dall'ingresso in Ospedale, sulla base dell'evidenza che la mortalità a 30 giorni, per i pazienti di età 65 anni ed oltre sottoposti a intervento dopo la seconda giornata di degenza, è due volte superiore rispetto ai pazienti operati entro 2 giorni, al netto dei fattori confondenti (età, genere e condizioni cliniche del paziente).

L'indicatore percentuale di interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero, monitorato anche dal Programma Nazionale Esiti (1), misura,

quindi, la tempestività della risoluzione chirurgica nella popolazione *over 65* anni, essendo il tempo di attesa per l'intervento uno dei principali indicatori *proxy* della qualità della gestione clinica e della presa in carico intraospedaliera del paziente stesso.

A livello internazionale (6-10), l'*Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD) monitora la percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro le 48 ore dal ricovero per i pazienti di età 65 anni ed oltre. Tale monitoraggio mostra che in Paesi come Danimarca, Svezia e Regno Unito, nel 2017, il valore dell'indicatore era >90%, mentre in Paesi come Portogallo e Spagna l'indicatore continua ad assumere valori intorno al 50%. In Italia, grazie all'incremento degli ultimi anni, si registra un valore di poco al di sotto del 70%.

In Italia, il DM n. 70/2015 stabilisce una soglia minima del 60% di interventi entro le 48 ore dal ricovero per frattura del collo del femore nei pazienti di età  $\geq 65$  anni, come requisito di accreditamento specifico per una Unità Operativa Complessa o per un Ospedale.

In questa Sezione è stato illustrato l'andamento del valore nazionale nel periodo 2001-2018 e il confronto dei dati regionali registrati nel periodo 2013-2018.

### Proporzione di pazienti operati per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero

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

**Validità e limiti.** Alla luce delle evidenze scientifiche, il tempo di intervento rappresenta un valido indicatore della qualità delle cure prestate ai pazienti di età 65 anni ed oltre con frattura del collo del femore. Contestualmente, occorre considerare che nella pratica clinica la presenza di comorbidità e/o complicanze potrebbe comportare più tempo per la stabilizzazione delle condizioni cliniche del paziente in funzione dell'eleggibilità all'intervento chirurgico e allungare i tempi preoperatori oltre le 48 ore. I risultati includono 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 DRG chirurgico e con modalità di dimissione diversa da decesso, trasferimento ad altro istituto per acuti e dimissione volontaria. A differenza dell'indicatore dell'OECD, nella nostra rilevazione il numeratore dell'indicatore è rappresentato dagli interventi eseguiti entro 2 giorni e non entro 48 ore perché nelle Schede di Dimissione Ospedaliera, pur essendo state introdotte dal 2017 le variabili relative all'ora del ricovero, i dati non rilevano ancora in

modo uniforme tale informazione.

Il confronto dei dati presentati di seguito 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 in quanto i pazienti devono essere sottoposti all'intervento il prima possibile. Lo *Scottish Hip Fracture Audit* (7, 11) suggerisce, come ragionevole obiettivo, di operare entro 1 giorno dall'ammissione il 93% dei pazienti ricoverati per frattura del collo del femore. Il DM n. 70/2015 indica come soglia minima per l'accreditamento una percentuale di operati entro le 48 ore, con età  $\geq 65$  anni, pari al 60%. 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*, ovvero il 75% degli interventi eseguiti entro 2 giorni dal ricovero.





### Descrizione dei risultati

Il Grafico 1 evidenzia un dato pressoché costante tra il 2001-2009 e un trend in aumento a partire dal 2010. La percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni dal ricovero, nei pazienti di età  $\geq 65$  anni, nel periodo 2001-2018, è aumentata passando dal 31,3% al 68,2%.

A livello regionale, nel 2018, si conferma una elevata variabilità ed un ampio range, compreso tra il 33,2% del Molise e l'80,5% della PA di Trento.

I dati evidenziano un marcato e persistente gradiente geografico con le regioni del Nord che presentano valori al di sopra della media nazionale, ad eccezione della Liguria, le regioni del Centro che presentano valori vicino alla media nazionale, ad eccezione della Toscana e le regioni meridionali che presentano valori al di sotto

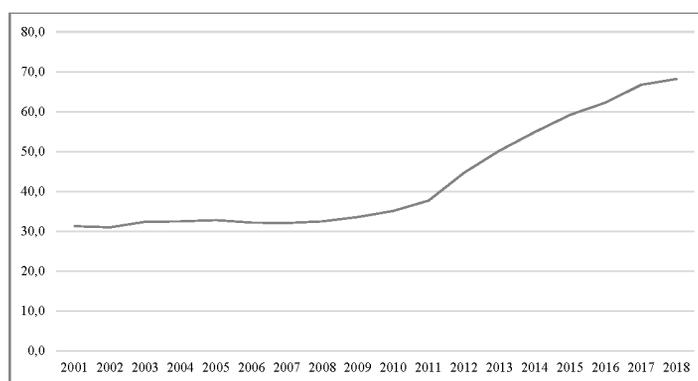
della media nazionale, ad eccezione della Puglia e della Sicilia (Tabella 1).

Inoltre, la Tabella 1 e il Grafico 2 mostrano come negli anni considerati le regioni meridionali, seppur mantenendo valori al di sotto del dato nazionale, abbiano avuto un importante miglioramento della performance per questo specifico indicatore.

L'incremento più consistente, negli anni 2013-2018, si è registrato in Campania (+43,0 punti percentuali), Puglia (+33,3 punti percentuali), Abruzzo (+31,4 punti percentuali) e Sardegna (+30,1 punti percentuali).

La Valle d'Aosta (-8,7 punti percentuali) e la PA di Bolzano (-8,3 punti percentuali), seppur mantenendo valori di molto al di sopra della media nazionale, sono le uniche regioni che presentano un trend in riduzione negli anni considerati.

**Grafico 1** - Trend della proporzione (valori per 100) di pazienti di età 65 anni ed oltre operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore - Anni 2001-2018



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2019.

**Tabella 1** - Proporzioni (valori per 100) di pazienti di età 65 anni ed oltre operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2013-2018

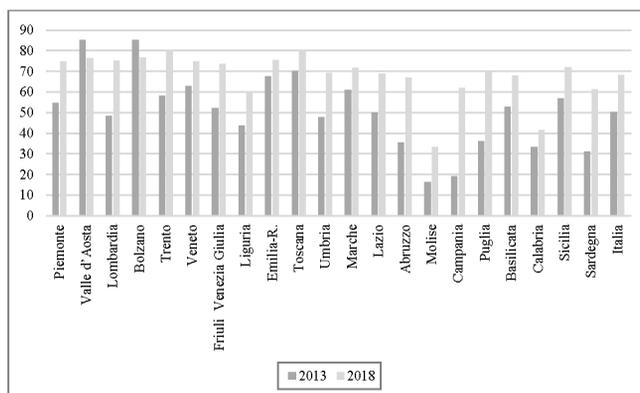
Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piemonte	54,8	66,0	66,7	69,0	72,6	74,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	85,2	85,8	90,4	87,0	85,0	76,5
Lombardia	48,5	52,0	61,3	67,7	74,5	75,1
Bolzano-Bozen	85,1	80,1	84,3	82,3	78,3	76,8
Trento	58,1	66,0	83,1	81,5	77,8	80,5
Veneto	62,9	65,7	66,8	72,1	77,1	74,9
Friuli Venezia Giulia	52,3	67,3	76,9	77,2	74,0	73,4
Liguria	43,7	52,6	62,0	59,2	56,9	60,3
Emilia-Romagna	67,7	73,3	75,3	74,4	77,7	75,3
Toscana	70,0	70,2	75,7	80,1	82,2	80,1
Umbria	47,9	52,6	54,4	53,5	55,5	69,1
Marche	61,0	62,5	62,5	61,6	62,2	71,7
Lazio	49,8	58,2	63,7	62,6	67,8	68,7
Abruzzo	35,6	32,5	34,5	42,5	66,2	67,0
Molise	16,4	19,2	20,1	29,1	26,9	33,2
Campania	19,0	19,9	22,9	30,0	56,3	62,0
Puglia	36,2	44,0	47,3	54,8	65,9	69,5
Basilicata	52,9	59,5	53,5	61,3	66,3	68,0
Calabria	33,2	33,5	33,3	35,9	41,3	41,3
Sicilia	57,0	60,4	64,4	71,7	74,9	71,9
Sardegna	31,2	41,4	51,3	55,3	62,3	61,3
<b>Italia</b>	<b>50,2</b>	<b>54,9</b>	<b>59,2</b>	<b>62,3</b>	<b>66,7</b>	<b>68,2</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2019.





**Grafico 2** - Proporzione (valori per 100) di pazienti di età 65 anni ed oltre operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione - Anni 2013, 2018



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2019.

### Raccomandazioni di Osservasalute

I dati evidenziano un costante incremento negli anni, a livello nazionale e nella quasi totalità delle regioni, della percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro 2 giorni. Questi risultati mostrano come sia possibile, passando attraverso la definizione di specifici obiettivi di *performance* dei servizi ed un costante monitoraggio degli stessi, promuovere e consolidare anche nel breve periodo appropriate e sistematiche misure organizzative in grado di promuovere la qualità delle cure.

Le strutture ospedaliere che presentano tempi di attesa ridotti per interventi per frattura del collo del femore hanno, probabilmente, messo in campo percorsi clinico-assistenziali efficaci, non solo nella fase di accesso e preoperatoria, ma anche nelle successive fasi post-intervento e riabilitative, incidendo positivamente sia in termini di morbilità che di impatto socio-economico.

Nonostante il miglioramento rispetto al passato, permane una importante disparità geografica e il risultato nazionale rimane, comunque, ancora basso se confrontato con la *performance* di altri Paesi occidentali e con le raccomandazioni presenti in letteratura.

Di conseguenza, è fondamentale continuare ad indagare e correggere le cause del ritardo dell'intervento nei vari contesti operativi e, in particolare, in alcune realtà regionali. 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 riferibili all'ambito clinico assistenziale che a quello organizzativo.

Dal punto di vista clinico, è possibile porre più attenzione alle principali problematiche cliniche (terapie anticoagulanti, anemia, disidratazione, iperglicemia

etc.) dei pazienti anziani con frattura del femore e mettere in campo appropriate misure per stabilizzare il paziente in breve tempo (5).

Per quanto riguarda l'ambito organizzativo si può prevedere, come 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 orto-geriatrico), dal primo soccorso alla riabilitazione, che preveda un approccio integrato e coordinato tra più specialisti e professionisti (anestesista, geriatra-interista, chirurgo, fisiatra, infermiere e fisioterapista).

### Riferimenti bibliografici

- (1) Programma Nazionale Esiti 2017. Disponibile sul sito: <https://pne.agenas.it>.
- (2) Svedbom A., Hernlund E., Ivergard M., Compston J., Cooper C., Stenmark J., McCloskey E.V., Jonsson B., Kanis J.A., EU Review Panel of IOF. Osteoporosis in the European Union: a compendium of country-specific reports. Arch Osteoporos. 2013; 8(1-2): 137. doi: 10.1007/s11657-013-0137-0.
- (3) Piscitelli P., Chitano G., Johannson H., Brandi M. L., Kanis J. A., Black D. M. Updated fracture incidence rates for the Italian version of FRAX. Osteoporos Int (2013) 24: 859-866 DOI 10.1007/s00198-012-2021-y.
- (4) Lahtinen A, Leppilähti J, Vahanikkila H, Harmainen S, Koistinen P, Rissanen P, et al. Costs after hip fracture in independently living patients: a randomised comparison of three rehabilitation modalities. Clin Rehabil. 2017; 31: 672-85.
- (5) Cheng SY, Levy AR, Lefaiivre KA, Guy P, Kuramoto L, Sobolev B. Geographic trends in incidence of hip fractures: a comprehensive literature review. Osteoporos Int. 2011; 22: 2.575-86.
- (6) Management of hip fracture in older people. A National clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guideline Network. June 2009.
- (7) The management of hip fracture in adults. National clinical Guideline Centre. 2011.
- (8) 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.
- (9) Health Care Quality Indicators, OECD. Disponibile sul sito: [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_HCQI](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_HCQI).
- (10) 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).

