



Capitolo 6

**Evoluzione dell'assistenza ospedaliera:
efficienza, appropriatezza, esiti**

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 6

Evoluzione dell'assistenza ospedaliera: efficienza, appropriatezza, esiti

Carrieri C.¹, d'Angela D.¹, Spandonaro F.²

6.1. Il ricorso all'ospedalizzazione

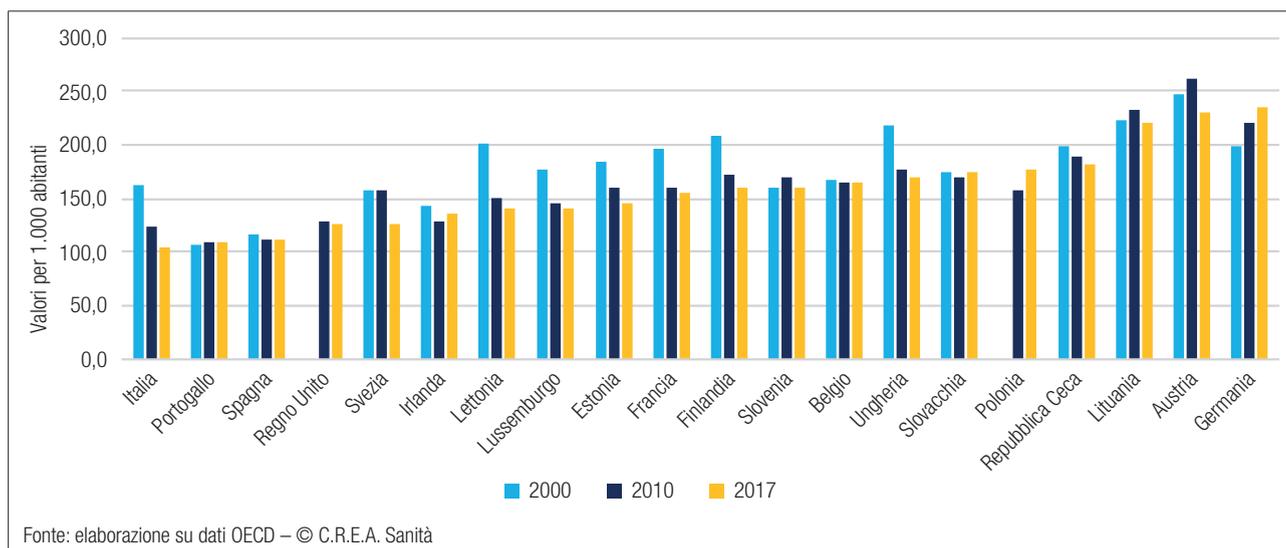
Come si evince dall'istogramma della Figura 6.1., costruito sulla base dei dati forniti dall'OECD, l'Italia ha raggiunto e mantiene (rafforzandola) la prima posizione nel *ranking* dei Paesi per ricorso all'ospedalizzazione in acuzie: in altri termini è il Paese con il minor ricorso al ricovero e anche fra quelli che hanno realizzato il più rapido processo di deospedalizzazione.

Il dato OECD è certamente soggetto a *bias* derivanti dalle diverse organizzazioni nazionali, e quindi dalle diverse classificazioni delle strutture di ricovero; a riprova di ciò basti osservare come il modello tedesco (e dei Paesi limitrofi) si dimostri nettamente più propenso a ricoverare degli altri.

Rimane inoppugnabile che la riduzione del ricorso al ricovero in acuzie realizzatasi in Italia non ha praticamente uguali: la riduzione del tasso è pari a -60,0 ricoveri per 1000 abitanti tra il 2017 ed il 2000, e solo la Lettonia fa meglio, ma in realtà partendo da un livello decisamente più elevato di ricoveri, che tale rimane anche al 2017. Anche tra il 2017 ed il 2010 l'Italia registra una riduzione del ricorso al ricovero in acuzie, pari a -21,1 ricoveri ogni 1.000 abitanti.

Il tasso di ospedalizzazione in Italia è quindi pari (2017) a 103,3 ricoveri in acuzie per 1.000 abitanti, seguita da Portogallo e Spagna, rispettivamente con 108,6 e 112,4. All'altro estremo troviamo la Germania (234,6, ovvero il 127,0% in più dell'Italia), seguita dall'Austria (230,7).

Figura 6.1. Tassi di ospedalizzazione in acuzie



¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

² Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

In Italia (sempre al 2017) i ricoveri ordinari in acuzie sono 6.256.025, con una riduzione del 23,7% rispetto al 2005 e rappresentano il 93,8% del complesso dei ricoveri ordinari (96,7% nel 2005).

Quelli diurni sono 1.820.907, con una riduzione del 53,5% rispetto al 2005; rappresentano il 22,5% dei ricoveri in regime di acuzie e la loro incidenza è diminuita di 9,8 punti percentuali rispetto al 2005.

Figura 6.2. Tasso di ospedalizzazione, per tipo attività e regime

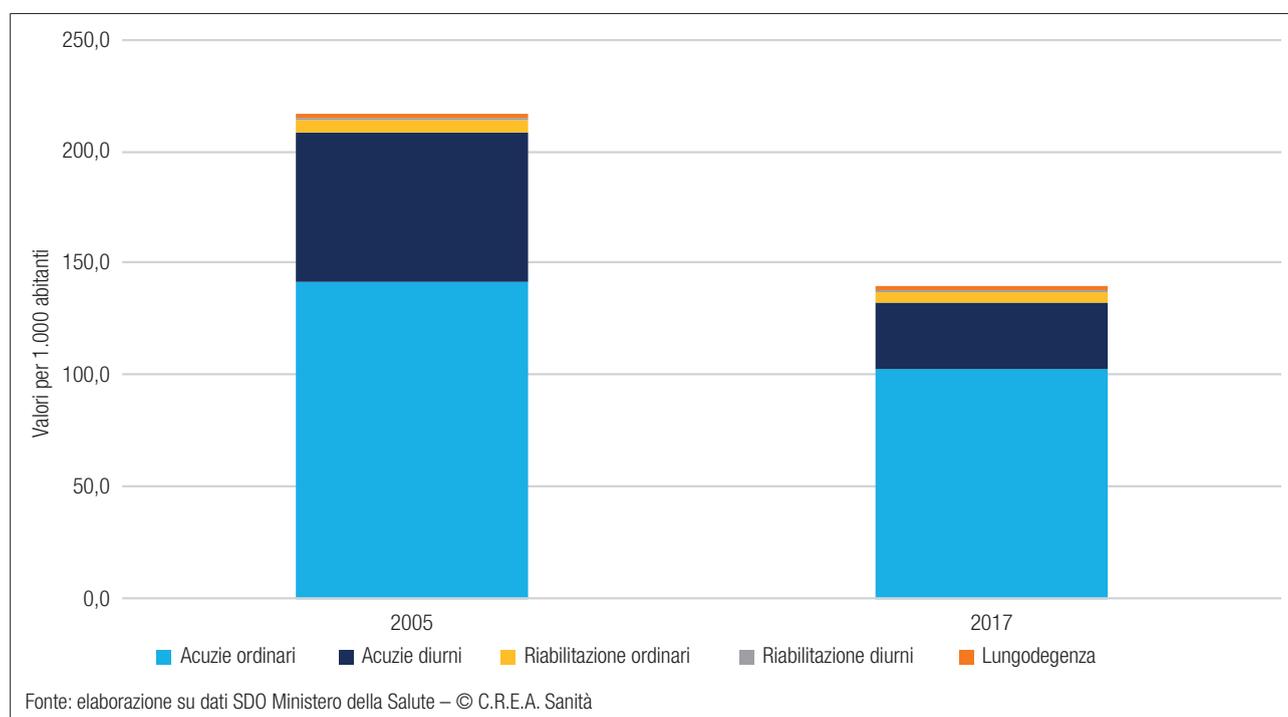
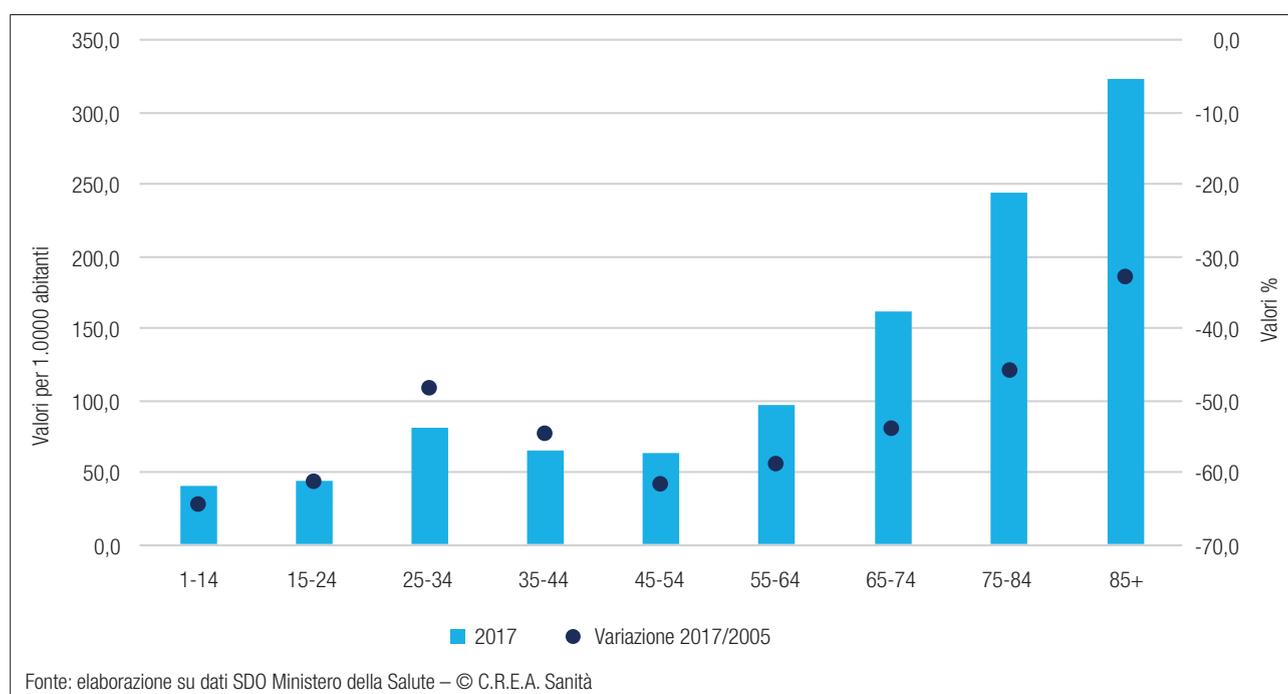


Figura 6.3. Tasso di ospedalizzazione ordinaria in acuzie, per età



I ricoveri ordinari in riabilitazione sono 315.956, con un aumento dell'11,4% rispetto al 2005; rappresentano il 4,7% dei ricoveri ordinari (3,3% nel 2005): si registra un ricovero in riabilitazione ogni 19,8 in acuzie (ordinari), in riduzione rispetto al 2005, quando se ne registrava 1 ogni 29,8.

I ricoveri diurni in riabilitazione sono 30.450, in riduzione del 55,1% rispetto al 2005; il ricorso all'ospedalizzazione diurna è pari all'1,6% dei ricoveri in questo regime e risulta in riduzione di 0,1 punti percentuali rispetto al 2005.

Infine, i ricoveri in lungodegenza sono 99.118, con un aumento dell'1,4% rispetto al 2005 e rappresentano l'1,5% dei ricoveri ordinari (1,1% nel 2005).

La Figura 6.2. mostra come sia variato il tasso di ospedalizzazione, in livello e in composizione fra il 2005 e il 2017.

Complessivamente il tasso di ospedalizzazione è pari a 139,5 ricoveri per 1.000 abitanti, in riduzione del -35,6% rispetto al 2002, quando era pari a 216,5.

In termini di composizione, si osserva una riduzione del peso dei ricoveri in acuzie (-1,6 punti per-

centuali), ed un incremento (+1,3 punti percentuali) di quello relativo alla riabilitazione; la lungo degenza registra un aumento di 0,4 punti percentuali.

Nello specifico dei ricoveri ordinari in acuzie, possiamo osservare una riduzione rilevante dei tassi di ospedalizzazione in tutte le fasce di età, comprese quelle più avanzate (Figura 6.3.).

La riduzione anche nelle fasce anziane smentisce le proiezioni che scontavano una invarianza dei tassi e, quindi, una "esplosione" di ricoveri legata all'invecchiamento.

La riduzione dei tassi, porta con sé un incremento naturale della complessità dei casi trattati, in quanto certamente vengono selezionati i pazienti più severi; il fenomeno si trasla nell'aumento osservato per quanto concerne la degenza media in acuzie (+9,6%): in particolare aumenta per gli ordinari (+3,0%) e diminuisce per i diurni (-5,3%); per la degenza in riabilitazione (+3,5%) anche se per gli ordinari si registra una riduzione (-2,7%) ed un aumento per i diurni (+10,7%); si riduce, invece, quella nelle lungodegenze del -31,4% (Figura 6.4.).

Figura 6.4. Degenza media, per regime. Variazione 2017/2005

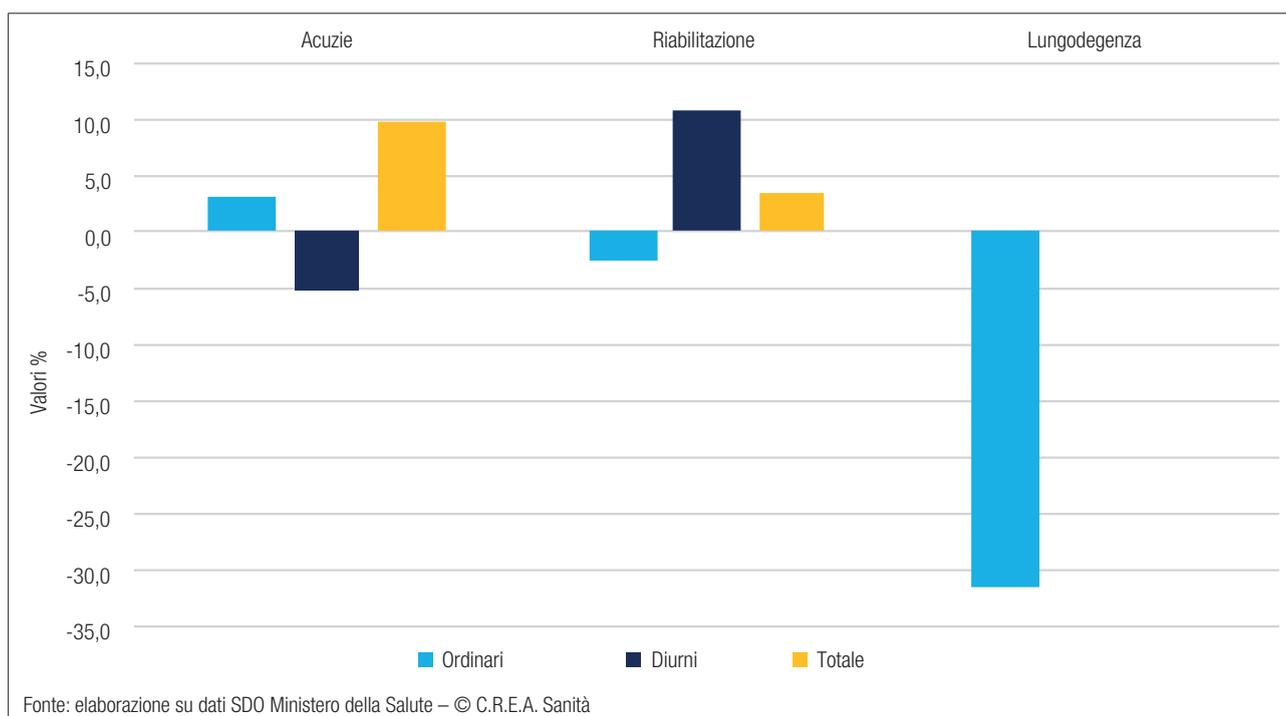


Figura 6.5. Degenza media ordinaria in acuzie, per età

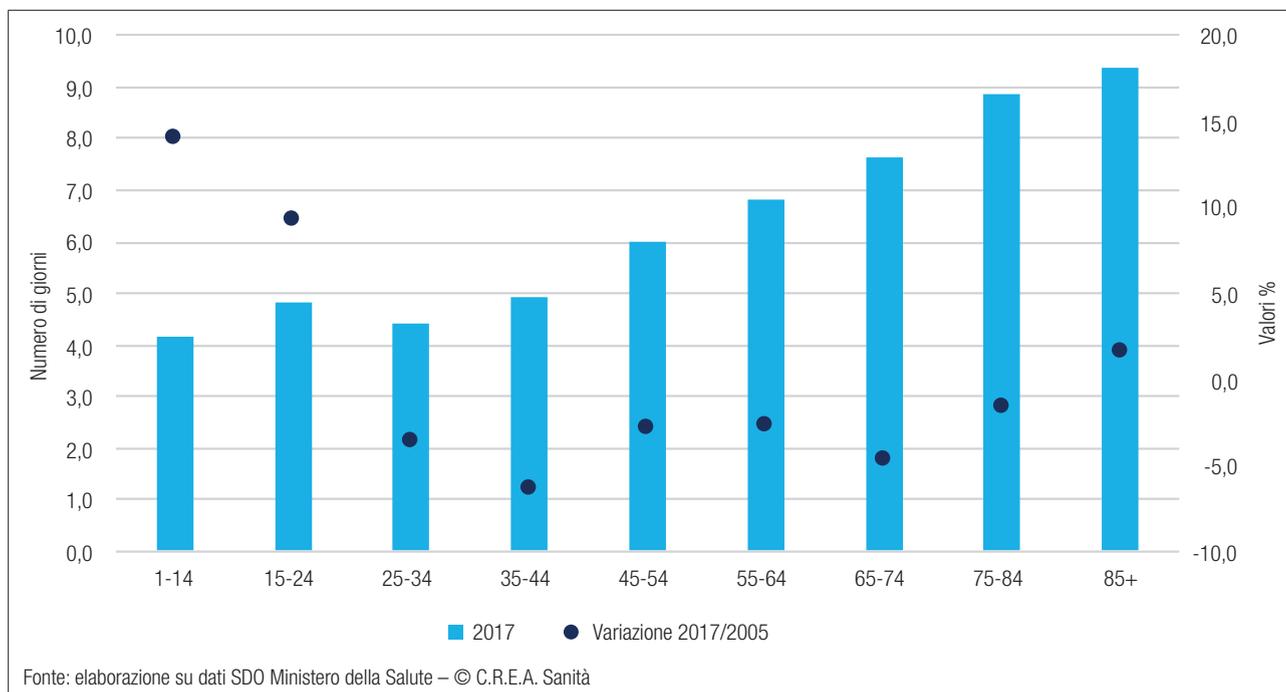


Figura 6.6. Degenza media in acuzie

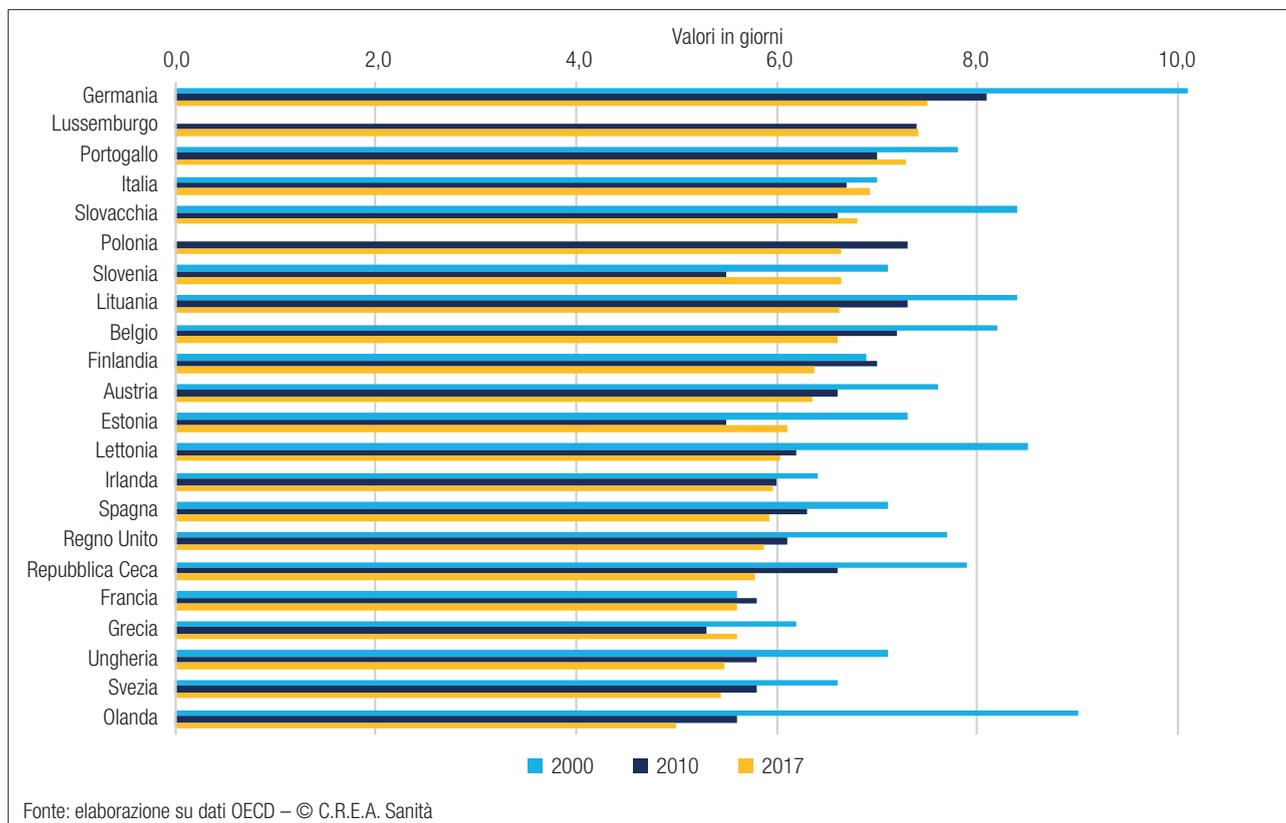
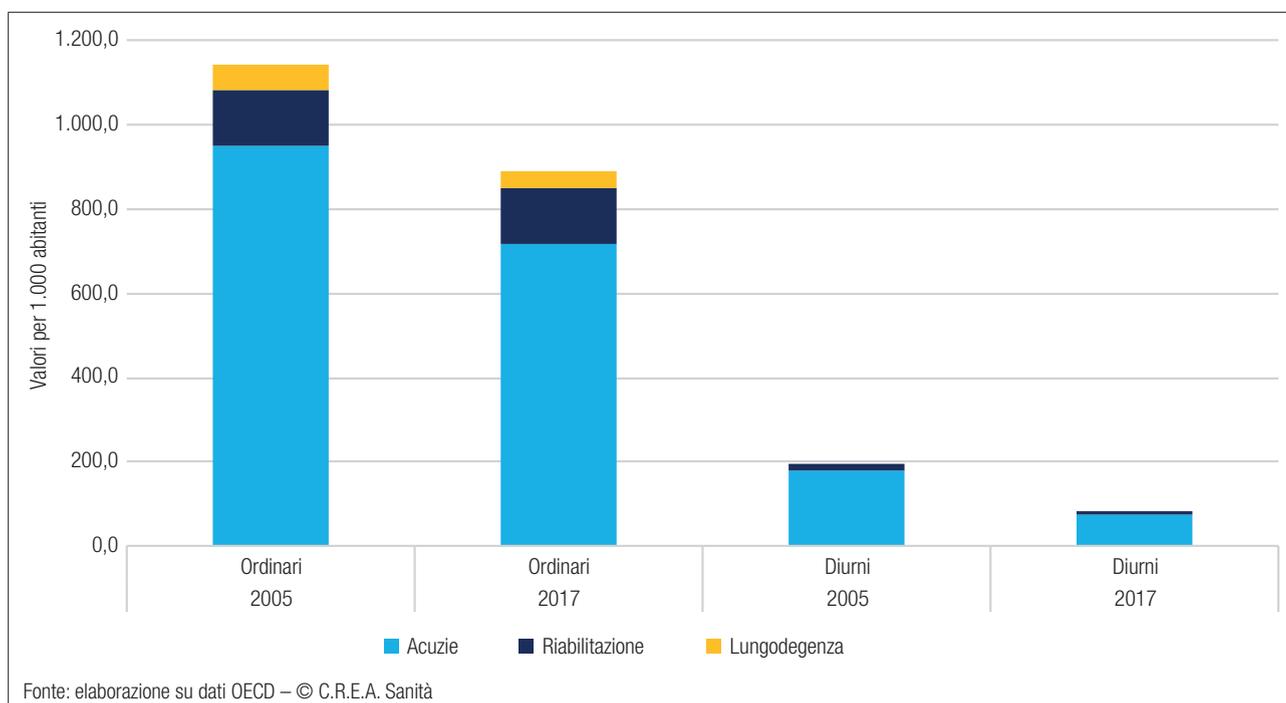


Figura 6.7. Giornate di degenza per abitante



A conferma che la crescita della degenza media è correlata alla complessità dei casi, e alla maggiore incidenza di ricoveri di pazienti anziani (Figura 6.5.), nel periodo considerato si riduce in tutte le classi di età; fa eccezione la sola ultima classe (85+), che fa registrare peraltro un aumento piuttosto limitato (+0,2 giorni) e quelle più giovani.

Ci sembra, quindi, che la complessità dei ricoveri possa essere citata per spiegare perché la *performance* a livello internazionale dell'Italia, in termini di degenza media in acuzie, sia meno brillante di quella in termini di tassi di ospedalizzazione (Figura 6.6.).

Confrontando la degenza media nazionale (6,9 giornate) con quella di Portogallo e Spagna, che sono i Paesi con tassi di ospedalizzazione più simili al nostro, si evince che siamo sotto i livelli portoghesi (7,3 giornate) e, invece, superiori a quelli spagnoli (5,9 giornate).

La composizione delle variazioni sopra descritte, esitano in una riduzione delle giornate di degenza complessivamente erogate: a livello nazionale si riducono significativamente, da 76.883.292 nel 2005 a 58.889.633 nel 2017 (-23,4%); in termini di composizione, la riduzione maggiore deriva dalle giornate

di degenza in acuzie, che passano da 65.486.320 giornate nel 2005 a 47.989.291 nel 2017 (- 26,7%) (Figura 6.7.).

In sintesi, da un punto di vista quantitativo, il ricorso all'ospedalizzazione in Itali a ha subito un processo di razionalizzazione importate, che non ha pari in Europa, e ci propone come il Paese con il minor ricorso all'ospedale.

6.2. Appropriatelyzza

Per quanto descritto nel paragrafo precedente, non sembrano poterci essere dubbi che in Italia si sia realizzata un imponente razionalizzazione del ricorso al ricovero ospedaliero. Ma la razionalizzazione quantitativa non è effettivamente tale se non è accompagnata da una altrettanto rilevante razionalizzazione "interna", tesa a garantire l'appropriatelyzza della risposta assistenziale in ambito ospedaliero.

In altri termini, se la riduzione del ricorso al ricovero è certamente predominante dal punto di vista dell'efficienza nell'uso delle risorse, il miglioramento dell'appropriatelyzza lo è in termini di efficacia e quali-

tà, essendo orientata in primis a garantire al paziente le condizioni per ottenere il massimo esito possibile.

Un elemento cardine, nella promozione del miglioramento qualitativo dell'assistenza nel settore oggetto di analisi, è certamente rappresentato dalle soglie minime sui volumi di attività definite dal D.M. n. 70/2015.

La relazione fra volumi e qualità, ma anche fra volumi e efficienza, è largamente dimostrata, tanto da avere ispirato il legislatore.

La Tabella 6.1, riporta le soglie minime previste dal citato D.M. n. 70/2015. Si precisa che gli ultimi due indicatori non afferiscono ai volumi, bensì a criteri di appropriatezza legati ai tempi.

Si è provveduto ad analizzare, grazie alle SDO rese disponibili dal Ministero della Salute, in che misura le Regioni risultino effettivamente adempienti nei confronti dei requisiti di appropriatezza suddetti.

La Figura 6.8. riporta, per singola soglia ex D.M. n. 70/2015, quale sia la percentuale di strutture ospedaliere che la rispettano a livello nazionale e regio-

nale, ed anche la variabilità geografica e il numero massimo e minimo di strutture adempienti registrato a livello regionale.

Come si evince dal *box-plot* si passa dal 66,7% di strutture in media adempienti al criterio relativo alla degenza media per la colecistectomia laparoscopica), al 45,8% per quello relativo agli interventi per carcinoma mammario; i volumi di interventi di by-pass aortocoronarico sono anch'essi rispettati in poco più del 20% delle strutture. Sono 2 i requisiti per i quali si rimane ancora sotto il 25% (media regionale) e solo 4 su 9 hanno raggiunto la soglia del 50%; solo 1 supera il 60%.

La variabilità regionale è molto forte: per 6 indicatori troviamo almeno una Regione in cui tutte le strutture sono adempienti, ma con 2 casi in cui altre sono totalmente inadempienti.

Per quanto concerne il criterio relativo ai volumi di attività relativi al carcinoma mammario, nessuna Regione raggiunge il livello di almeno il 50% di strutture adempienti.

Tabella 6.1. Soglie minime di appropriatezza per le strutture (volumi di attività, tempi, degenza media) e di rischio di esito per gli interventi ex D.M. n. 70/2015

Indicatori	Soglia
Interventi chirurgici per carcinoma della mammella	150 primi interventi annui su casi di mammella incidenti per struttura complessa
Colecistectomia laparoscopica	100 interventi annui per struttura complessa
Intervengo chirurgico per frattura di femore	75 interventi annui per struttura complessa
Infarto miocardico acuto	100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale
Bypass aorto-coronarico	200 interventi/anno di Bypass aorto-coronarico isolato per Struttura complessa
Angioplastica coronarica percutanea	250 procedure/anno
Maternità	Si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010 (500 -1.000 parti annui per maternità di I livello e >1.000 parti annui per quelle di II livello)
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti	Massimo 15%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >1.000 parti	Massimo 25%
Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Minimo 70%
Proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età ≥65 anni	Minimo 60%

Fonte: Programma Nazionale Esiti

Figura 6.8. Quota di strutture adempienti ai requisiti di appropriatezza per le strutture (volumi di attività, tempi, degenza media) ex D.M. n. 70/2015. Anno 2017

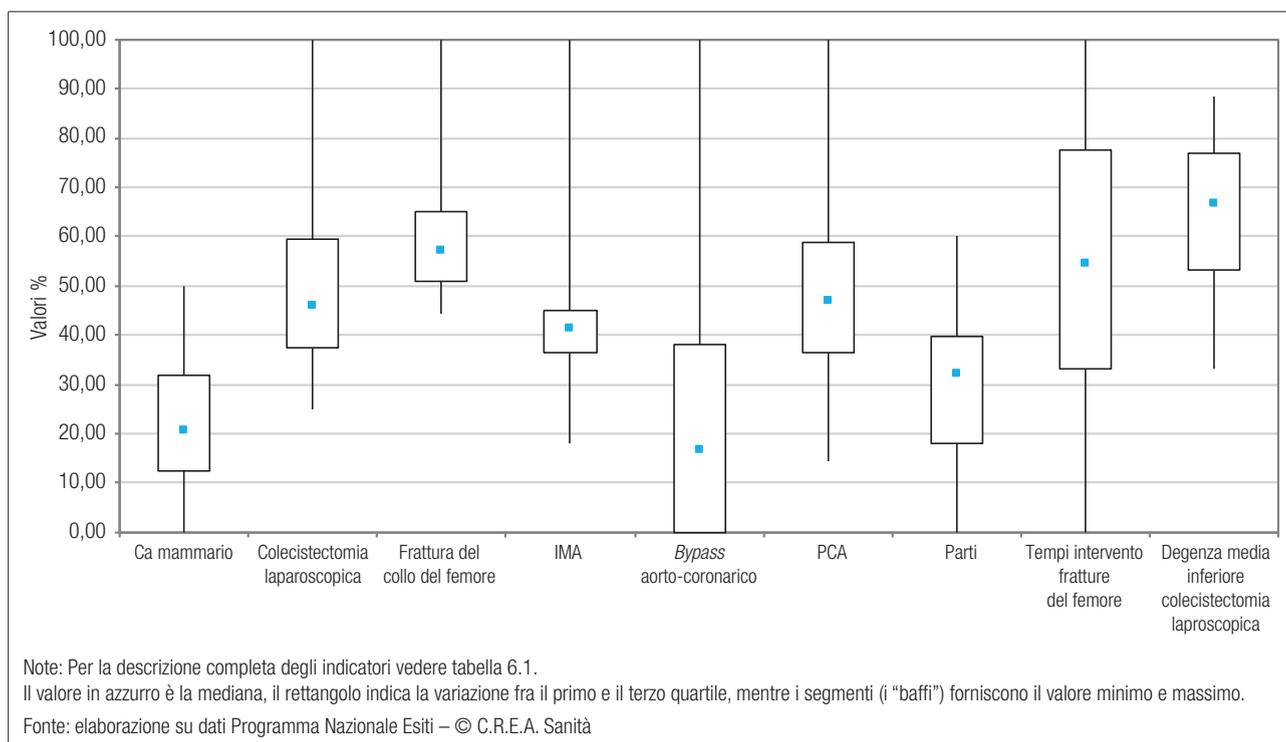
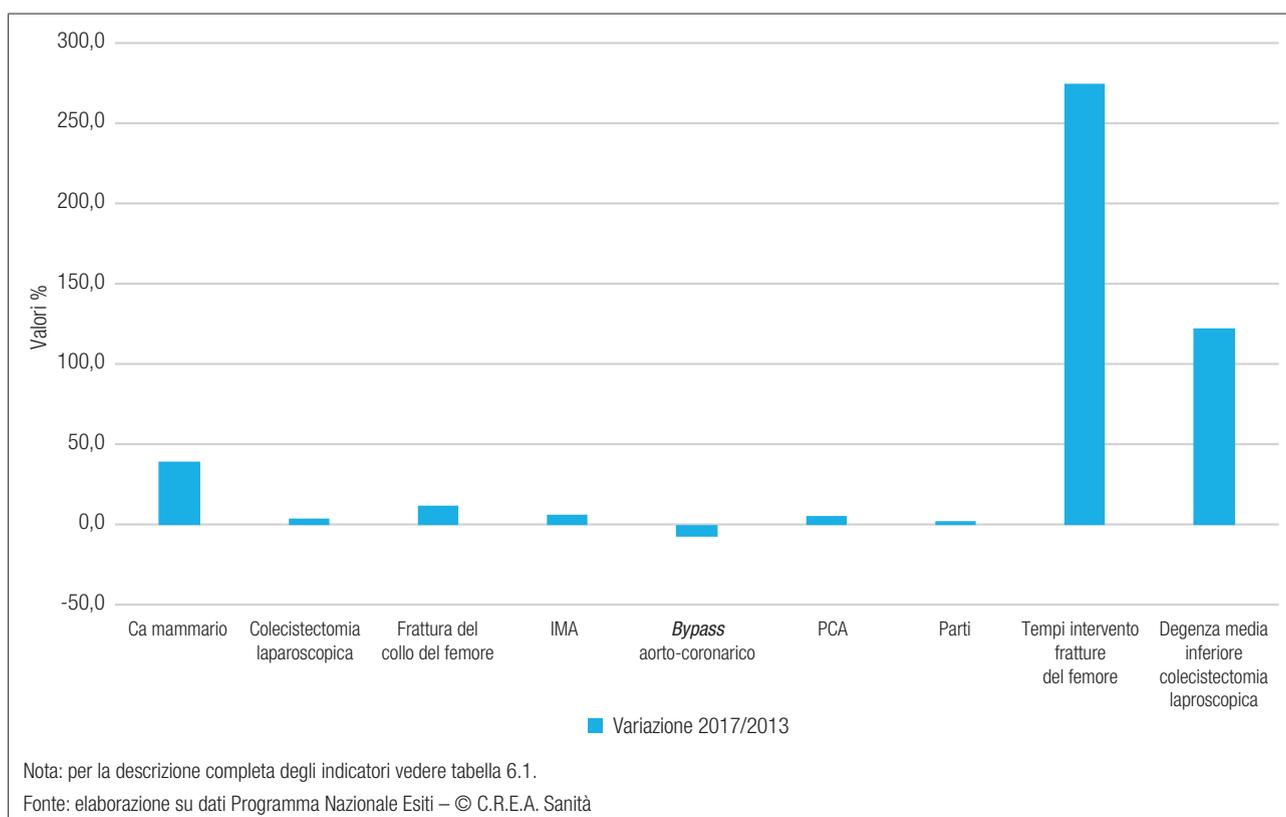


Figura 6.9. Variazione della quota di strutture adempienti ai requisiti di appropriatezza per le strutture (volumi di attività, tempi, degenza media) ex D.M. n. 70/2015



Assistiamo ad un progressivo miglioramento della situazione: l'adempienza di quasi tutti i criteri è cresciuta di circa il 10% rispetto al 2013, con le punte della degenza media per colecistectomie laparoscopiche e i tempi di intervento per le fratture del femore per le quali il miglioramento è pari, rispettivamente, al 122,8% e al 275,2% (Figura 6.9.).

Analoghe considerazioni si possono fare per i criteri (Tabella 6.1.) del D.M. n. 70/2015, relativi agli interventi.

Come si evince dal *box-plot* (Figura 6.10.) si passa dal 95,8% di interventi su frattura di femore erogati in strutture adempienti ai criteri di appropriatezza ex D.M. n. 70/2015, all'8,6 di parti cesarei in maternità di I livello. Sono 2 i requisiti per i quali si rimane ancora sotto il 10% (media regionale) e solo per 2 su 6 si raggiunge la soglia del 30%.

La variabilità regionale è molto forte: per 4 indicatori troviamo almeno una Regione in cui più del 90% degli interventi sono erogati in strutture adempienti, ma per 4 casi ci sono casi in cui sono tutti erogati in

strutture inadempienti.

Anche per questi indicatori, assistiamo ad un progressivo miglioramento della situazione: per quasi tutti si assiste ad una crescita, intorno al 10% rispetto al 2013, degli interventi erogati in strutture adempienti, con il miglior risultato per le colecistectomie laparoscopiche (Figura 6.11.).

In definitiva, sembra emergere che, mentre per le politiche di deospedalizzazione si evidenzia un sostanziale raggiungimento degli obiettivi preposti, quantitativamente dimostrato dagli indicatori disponibili, il processo di riqualificazione dell'attività ospedaliera è tuttora un processo in corso d'opera: assistiamo ad un miglioramento dell'appropriatezza delle attività, ma il progresso è lento e i risultati registrati sono ancora lontani dai livelli ottimali.

La parziale inefficacia del D.M. n. 70/2015, dovrebbe far riflettere sulla effettiva coerenza delle norme di programmazione che non sono strettamente collegate a incentivi/disincentivi orientati a promuovere il cambiamento e quindi il miglioramento.

Figura 6.10. Quota di interventi eseguiti in strutture adempienti ai requisiti di appropriatezza (rischio di esito) ex D.M. n. 70/2015. Anno 2017

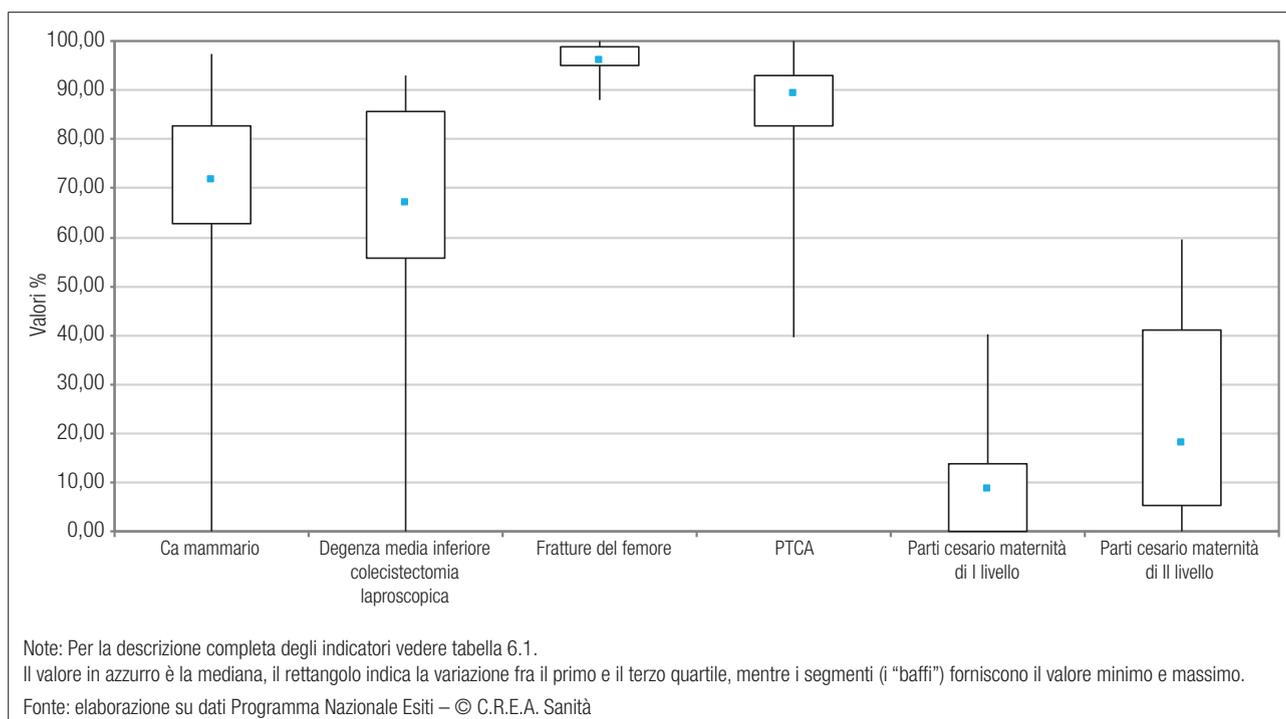
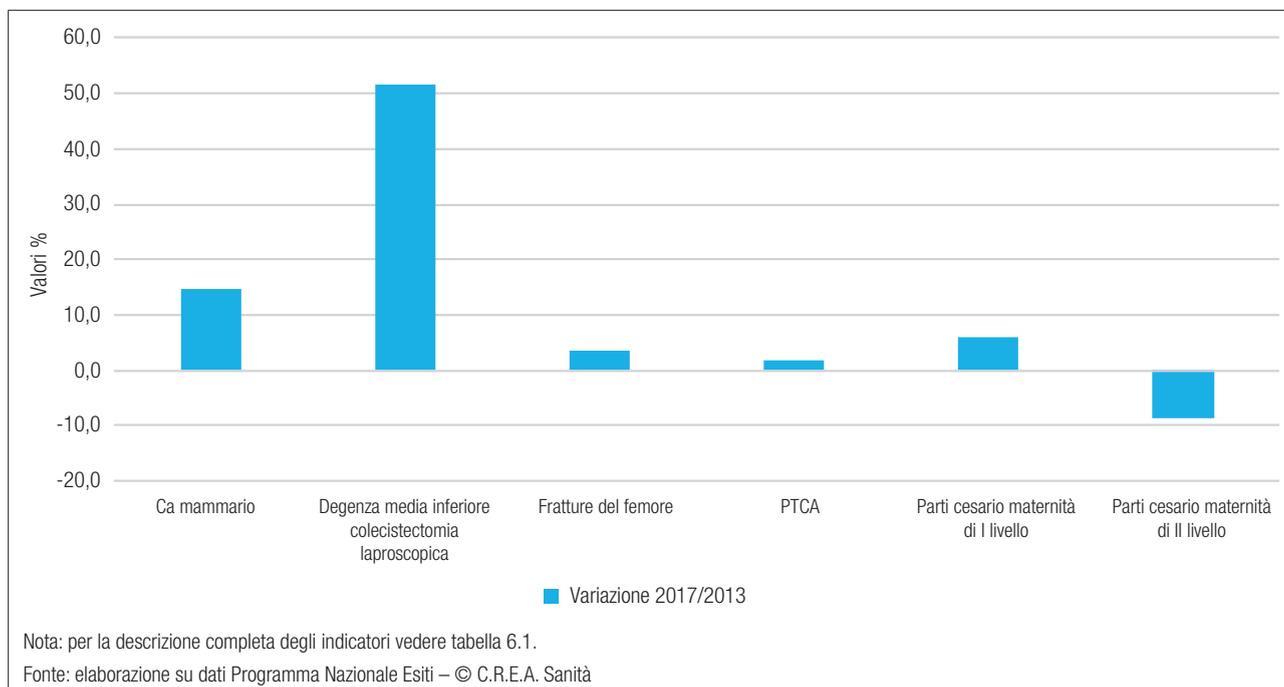


Figura 6.11. Variazione quota di interventi eseguiti in strutture adempienti ai requisiti di appropriatezza ex D.M. n. 70/2015



6.3 Esiti

Nel paragrafo precedente si è analizzato il livello di appropriatezza raggiunto dalle strutture ospedaliere, come emerge dal confronto con le indicazioni fornite dal D.M. n. 70/2015; evidentemente il perseguimento dell'appropriatezza è funzionale a creare le condizioni ottimali per il miglioramento degli esiti.

Sebbene non sia facile, a livello "macro", mettere in diretta correlazione gli indicatori di appropriatezza con i relativi esiti, si è ritenuto utile completare l'analisi con le indicazioni deducibili da alcuni indicatori di esito monitorati dal Piano Nazionale Esiti (PNE).

In particolare, dal PNE abbiamo estrapolato alcuni indicatori di esito in ambito cardiovascolare: 5 espressione della mortalità e 1 del tasso di riammissione in ospedale (Figura 6.12.).

Per questi si è elaborata la variabilità regionale, e, quindi, gli scostamenti "territoriali" dal valore medio nazionale.

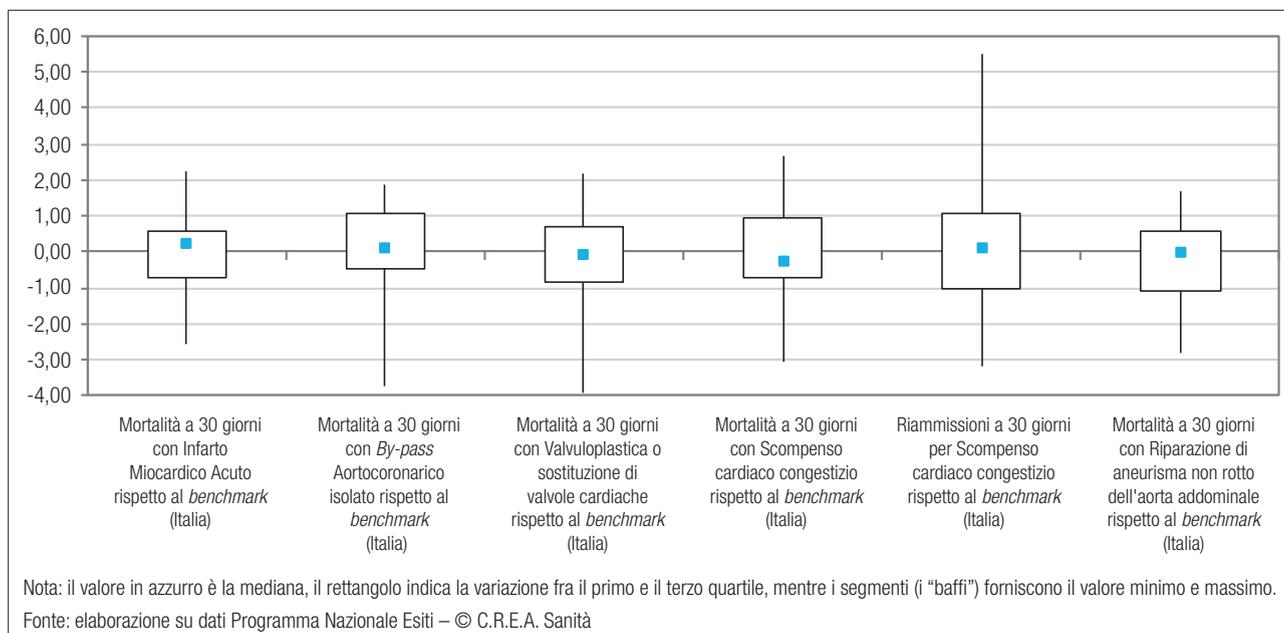
Aggregando a livello regionale si perdono informazioni importanti, ma se ne trae una indicazione che può essere letta in termini di qualità che il paziente può mediamente attendersi nel suo luogo di residenza.

Per la mortalità a 30 giorni per by-pass aortocoronarico e per la sostituzione di valvole cardiache la variabilità è limitata; ma nel primo caso si evidenzia una distribuzione asimmetrica, con alcune realtà che hanno una mortalità media significativamente maggiore dell'atteso.

La maggiore variabilità si riscontra per le riammissioni a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio e, ancor di più, per la mortalità a 30 giorni per le riparazioni di aneurismi non rotti dell'aorta addominale; anche in questo ultimo caso si evidenzia una distribuzione asimmetrica, con alcune realtà che hanno una mortalità media significativamente maggiore dell'atteso.

Come per gli indicatori di appropriatezza, si evidenzia la necessità di un quadro organico di interventi tesi a comprendere e, nel caso, eliminare le situazioni di maggiore criticità; la disponibilità di un monitoraggio continuo, come quello garantito dal PNE, è certamente condizione necessaria per la promozione di un miglioramento degli esiti; ma non può esserne anche condizione sufficiente, in quanto dovrebbe essere posto in relazione con un adeguato sistema di accreditamento di eccellenza.

Figura 6.12. Esiti ospedalieri medi regionali per patologie cardiovascolari, Scostamento dal valore medio nazionale. Anno 2016



6.4. Il profilo delle dimissioni e la presa in carico del "territorio"

Come sopra argomentato, il processo di deospedalizzazione è ormai in uno stato molto avanzato, e dovrebbe quindi essere visibile il parallelo e corrispondente rafforzamento dell'assistenza primaria.

Rimandando ai Capitoli che affrontano il tema nello specifico, si è voluto qui indagare la questione della continuità fra ospedale e territorio della presa in carico: a tal fine, si sono analizzate le dimissioni ospedaliere in funzione dei luoghi/regimi assistenziali in cui si svolge il proseguimento del percorso di cura.

In particolare, si è analizzata la modalità di presa in carico dei pazienti (vivi) che, dopo il ricovero, non tornano direttamente al domicilio.

La Figura 6.13. permette di apprezzare la quota di pazienti che alla dimissione sono presi in carico da regimi assistenziali intermedi e "primari", e la relativa variazione nel tempo.

La quota di pazienti che viene presa in carico dai servizi dell'assistenza intermedia e primaria è fortemente variabile: a fronte di una media in Italia del 4,8% di pazienti vivi dimessi non a domicilio, ad un

estremo troviamo le PP.AA. di Bolzano e di Trento che utilizzano tale opzione in oltre il 10% dei casi (rispettivamente il 12,2% e l'11,3%); all'altro troviamo la Campania (1,1%).

In generale si registra un netto gradiente Sud-Nord (solo Abruzzo e Basilicata fra le Regioni meridionali superano il 4% di pazienti vivi dimessi non a domicilio).

Sembra evidente (si vedano i Capitoli 7 e 11 sulla assistenza residenziale e domiciliare) che la modalità di dimissione è fortemente condizionata dall'offerta di assistenza intermedia e primaria.

Ne segue che anche la scelta fra le varie alternative è fortemente variabile e, presumibilmente, legata da effettive differenze epidemiologiche e/o di bisogno.

La dimissione in riabilitazione rappresenta una opzione utilizzata in modo abbastanza omogeneo a livello regionale, con l'eccezione (in particolare) di Friuli Venezia Giulia, Umbria, Marche e Basilicata, dove appare essere una opzione residuale. Di contro è la soluzione "preferita" in Lombardia (Figura 6.14.).

Appare altresì degno di nota il forte ricorso alla dimissione protetta o alla ospedalizzazione domiciliare in Basilicata e, a seguire, in Umbria.

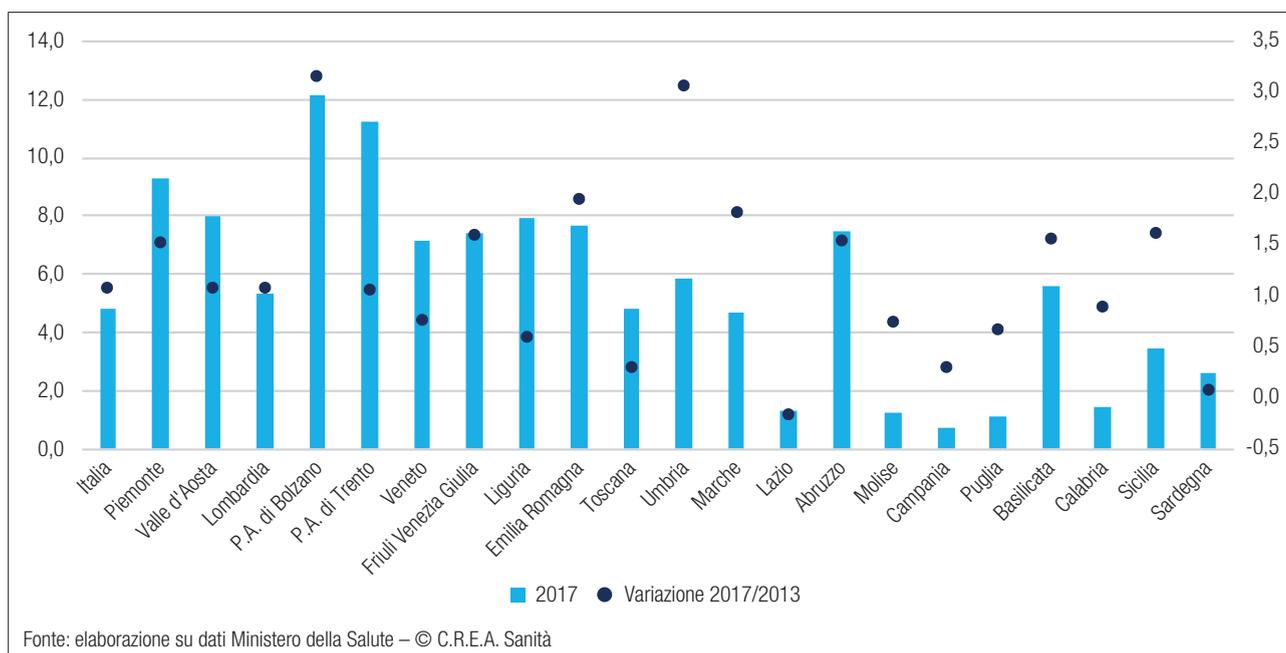
La scelta di elezione in Friuli Venezia Giulia, ma anche in Liguria e nelle Marche, sembra invece essere il ricovero in strutture residenziali.

Il maggior ricorso relativo all'ADI è quello che si registra nel Sud e Isole, con un incremento tra il 2017 ed il 2013 del +84,4%.

Tutte le forme di dimissione (non a domicilio) sono

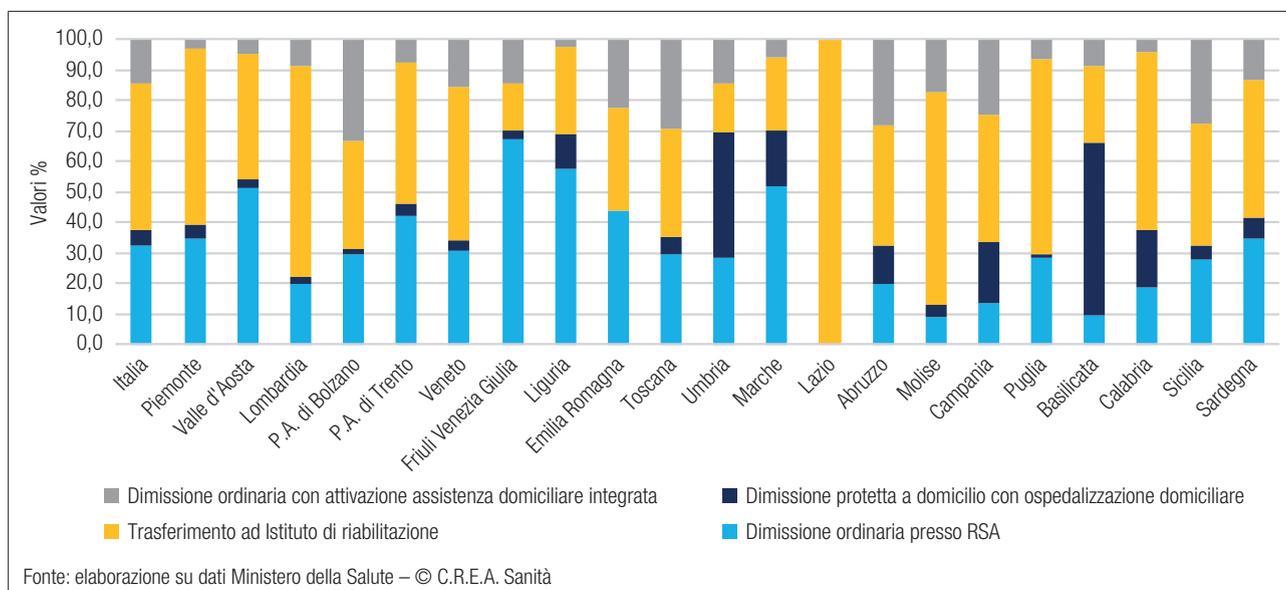
comunque in crescita; l'eccezione riguarda la dimissione protetta che diminuisce a livello nazionale. Dal confronto per ripartizioni emerge che la dimissione protetta cresce nettamente nel Nord-Est (+95,3%) e nel Nord-Ovest (+39,4%) e diminuisce nel Centro e nel Sud e Isole (rispettivamente -27,2% e -19,1%).

Figura 6.13. Dimessi vivi in luoghi diversi dal domicilio. Anno 2017



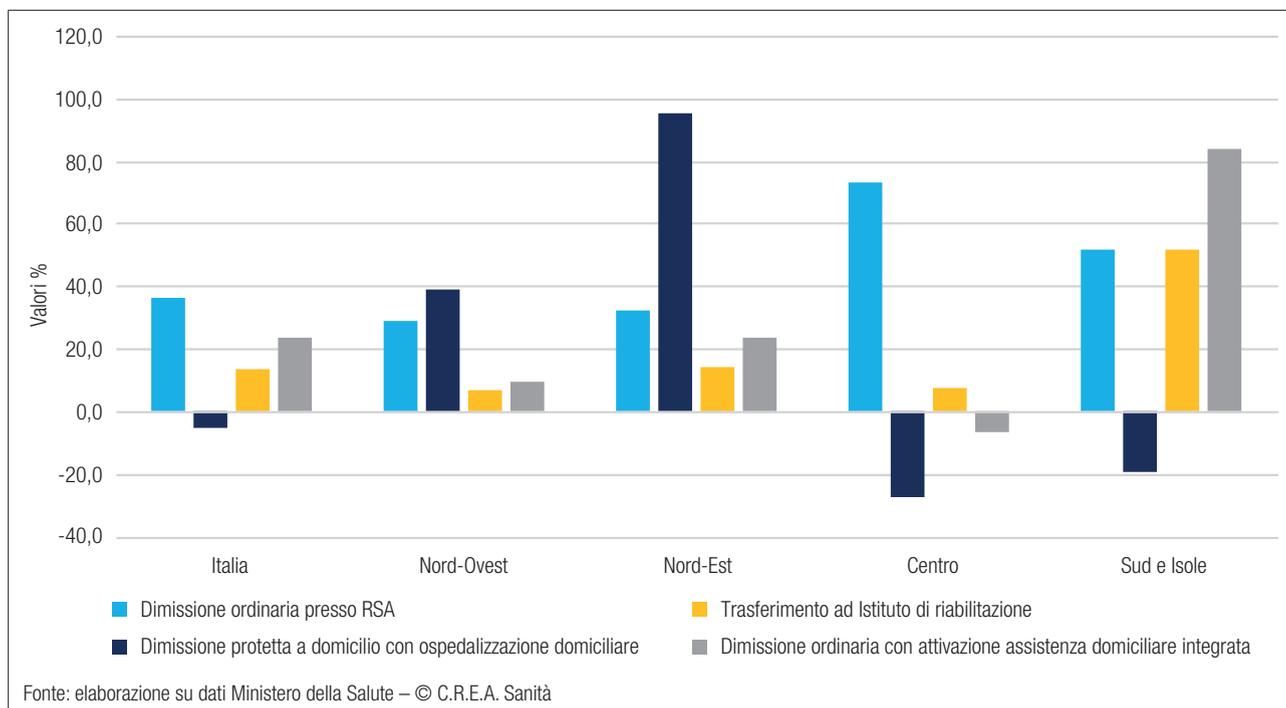
Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6.14. Distribuzione dimessi vivi in luoghi diversi dal domicilio per tipologia. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6.15. Distribuzione per tipologia dei dimessi vivi in luoghi diversi dal domicilio. Variazione 2017/2013



Di contro, cresce nettamente il ricorso alle dimissioni in strutture residenziali in tutto il Paese ed in particolare nel Centro Italia (+73,4%).

Aumenti significativi nella dimissione in riabilitazione si osservano nel Sud e Isole (+51,8%).

Infine, aumenta il ricorso all'ADI in tutte le ripartizioni geografiche, ad eccezione del Centro Italia (-6,4%) (Figura 6.15.).

La scelta per la continuità ospedale-territorio è quindi ancora condizionata dall'offerta; la variabilità regionale non sembra poter dipendere da specificità epidemiologiche e/o sociali, confermando che i modelli di assistenza primaria (e intermedia) regionali effettivamente in atto sono fortemente difforni e non sembra intravedersi una tendenza alla convergenza: probabilmente, manca proprio un modello di assistenza primaria basato sull'evidenza.

6.6. Conclusioni

Volendo sintetizzare le evidenze raccolte sull'evoluzione del settore dell'assistenza ospedaliera, possiamo per punti affermare che:

- il processo di deospedalizzazione in Italia è ormai molto avanzato, come confermato dal fatto che registriamo il tasso di ospedalizzazione in acuzie più basso in EU
- la dimensione del fenomeno sopra citato è rilevante, tanto da avere permesso di più che compensare l'impatto dell'invecchiamento
- se il processo di razionalizzazione quantitativa del settore risulta sostanzialmente compiuto, quello di promozione di livelli di maggiore appropriatezza e qualità, pur in corso, è ancora lungi da essere completato
- l'appropriatezza regionale, misurata in termini di strutture adempienti ai criteri ex D.M. n. 70/2015, nonché in termini di quote di interventi eseguiti in strutture adempienti, rimane molto variabile, e su livelli insufficienti
- analogamente, è significativa la quota di Regioni che presentano strutture con esiti non adeguati (abbiamo analizzato l'area cardiovascolare), ovvero anomali rispetto alla media nazionale
- i due punti precedenti pongono con forza l'esigenza di sviluppare una riflessione sulla coerenza delle politiche di programmazione che non pre-

vedono incentivi/disincentivi capaci di promuovere il cambiamento e quindi il miglioramento della *performance*

- la generalizzazione di un processo di accreditamento di eccellenza delle strutture sembra non essere più procrastinabile
- si evince, ancora, che stenta a consolidarsi un modello di continuità fra ospedale e assistenza intermedia e primaria: i dimessi vivi non a domicilio, incidono in modo difforme regionalmente, e presumibilmente sono indirizzati alle varie alternative, in funzione dell'offerta disponibile, più che dei loro reali bisogni
- infine, quanto sopra sembra dimostrare che non sembra determinarsi una convergenza verso un modello di assistenza primaria basato sulle evidenze.

Riferimenti bibliografici

1. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (anni vari), *Programma Nazionale Esiti*
2. Ministero della Salute (anni vari), *Schede di Dimissione Ospedaliera*
3. OECD (2019), OECD.Stat

ENGLISH SUMMARY

Hospital care

Chapter 6 analyses the evolution of hospital care in Italy according to 4 dimensions: recourse to hospitalization; quality in terms of appropriateness; quality in terms of outcomes and integration with other forms of care, such as intermediate and primary care.

With specific reference to the first dimension, it emerges that Italy is currently the Eurozone country with the least recourse to hospitals admissions, since it recorded one of the most dynamic rates of de-hospitalisation in absolute terms (103.3 hospitalizations for acute cases per 1,000 inhabitants in 2017, down by 60 percentage points compared to 2000).

It should be noted that the result was achieved despite a fast ageing of the population.

The reduction in hospitalisation, which has certainly entailed a selection of the most severe cases, and the greater incidence of elderly patients, explain the increase in the average length of stay recorded in the period considered (+9.6% in acute case hospitalizations in the 2017/2015 period). The final result, however, is a significant reduction in the total number of hospitalization days for acute cases (-26.7%).

As far as appropriateness is concerned, the process of requalification and enhancement of hospital activity is still underway. Although, on average, there is a progressive improvement, it should be under-

lined that it occurs at a slow pace and the results recorded are still far from reaching optimal levels.

As is the case with the appropriateness indicators, there has been an overall improvement of the outcome indicators, but also the persistence of situations that require requalification and enhancement interventions and measures.

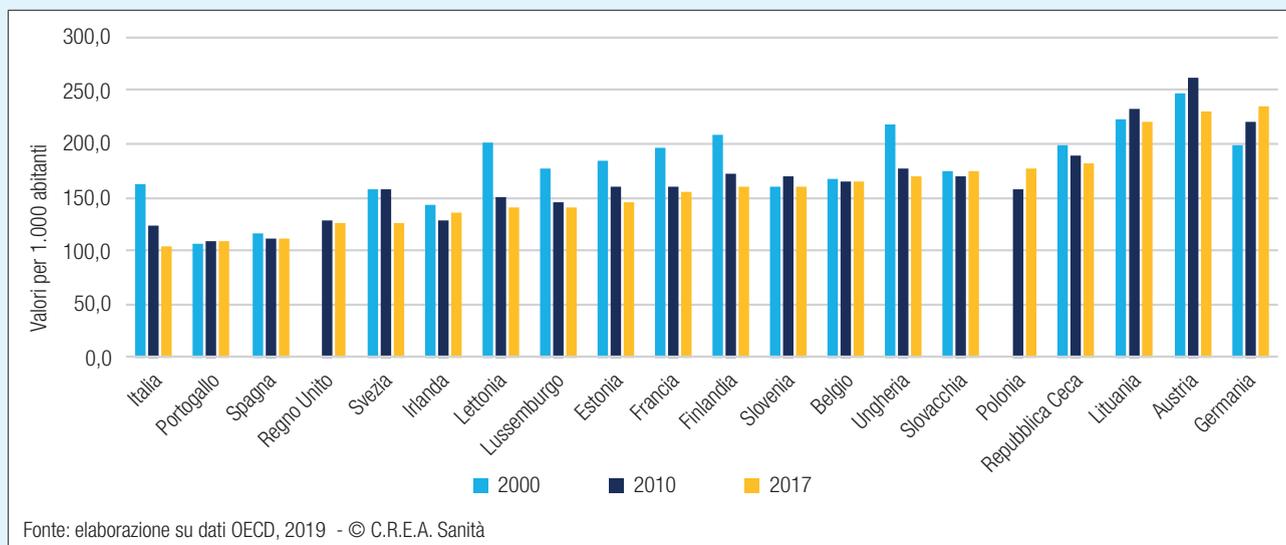
Therefore, the laws that have established minimum quality thresholds result partially ineffective. This evidence should make us reflect on their actual enforcement in the absence of a system of incentives/disincentives capable of promoting change and hence improvement.

Finally, the alternatives for taking care of patients at discharge are still affected by the supply of intermediate and primary care.

In fact, the differences recorded at regional level do not seem to depend on epidemiological and/or social specificities, thus confirming that the regional primary (and intermediate) care models actually in place are very different and do not yet seem to converge.

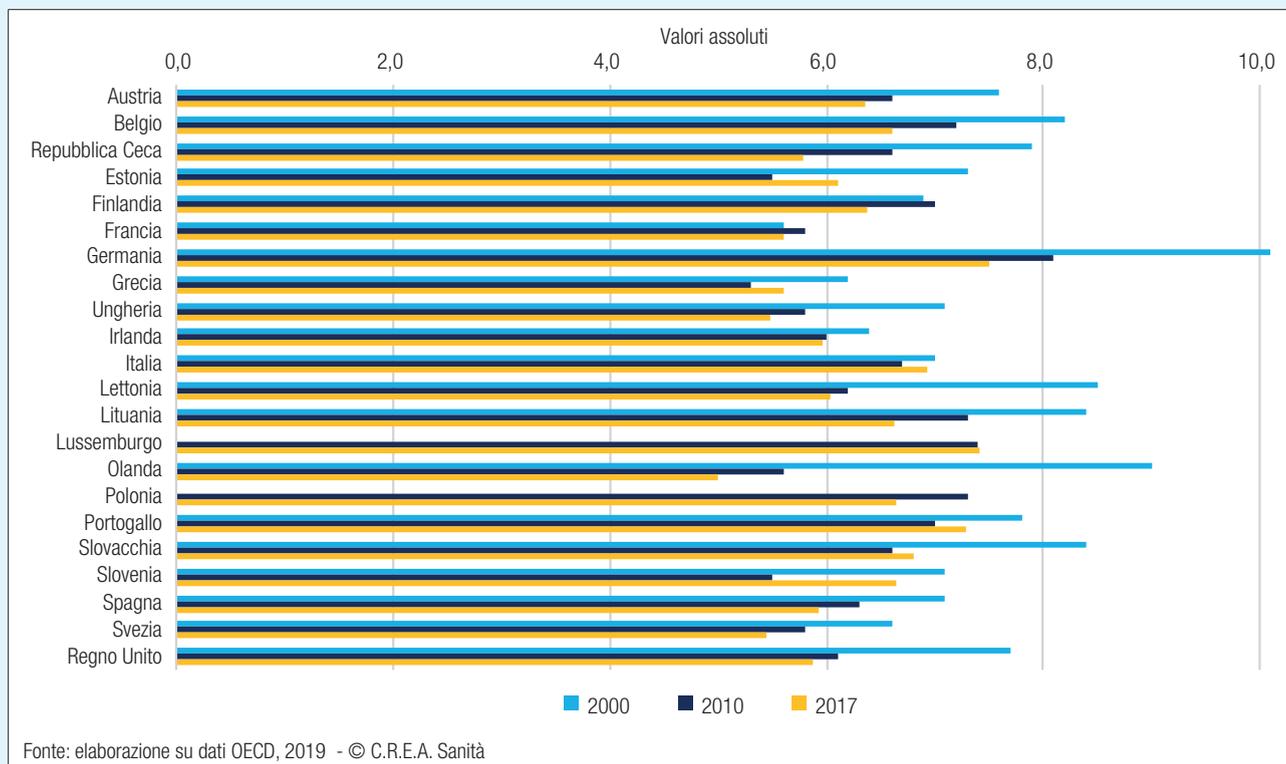
In short, despite the fact that de-hospitalization requires a strengthening of primary care, an ideal evidence-based model has not been developed yet.

KI 6.1. Tassi di ospedalizzazione ordinaria in acuzie



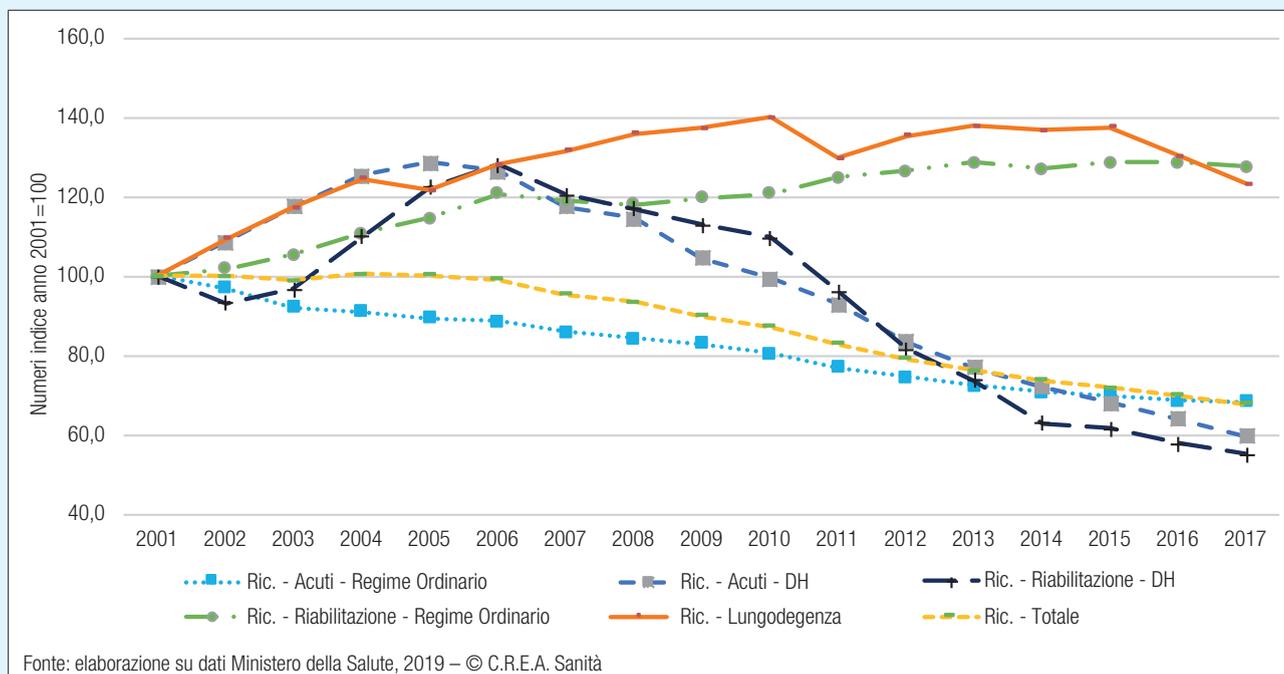
Il tasso di ospedalizzazione ordinaria in acuzie italiano è il più basso tra i Paesi EU di cui OECD fornisce il dato al 2017, avendo anche registrato la maggiore riduzione a livello europeo rispetto al 2000 (103,3 ricoveri ogni 1.000 abitanti nel 2017, contro 163,3 nel 2000). In Germania, per confronto, il valore è di 234,6 ricoveri ogni 1.000 abitanti, segue l’Austria con 230,7 ricoveri e la Lituania con 221,0. In tutti i Paesi si è registrata una diminuzione del tasso di ospedalizzazione, tranne in Portogallo, Slovenia, Slovacchia e Germania.

KI 6.2. Degenza media ordinaria in acuzie



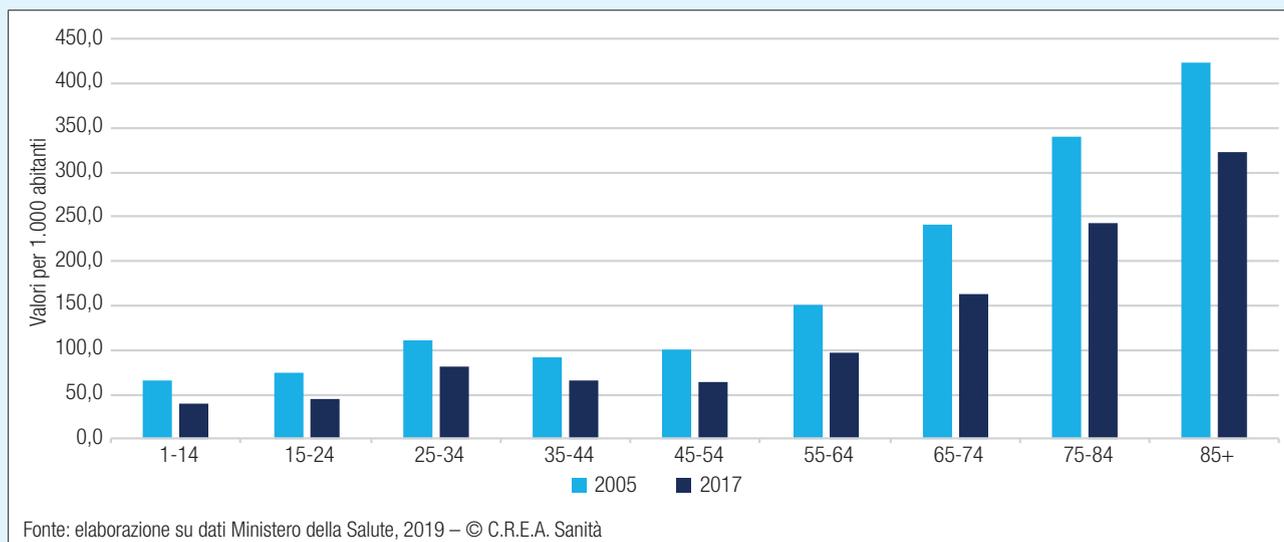
La degenza media dei ricoveri ordinari in acuzie, nel 2017, risulta essere piuttosto omogenea tra i Paesi EU di cui OECD fornisce il dato. Nel nostro Paese si registra nel 2017 un valore pari a 6,9 giorni, contro i 7,0 del 2000. Rispetto al 2000, la riduzione in Italia è stata mediamente inferiore a quella degli altri Paesi. La degenza media più elevata si registra in Germania (7,5 giorni contro 10,1 del 2000), la più bassa in Olanda (5,0 contro 9,0 del 2000). Negli ultimi 18 anni in tutti i Paesi considerati si è registrata una diminuzione del valore di tale indicatore, tranne in Francia, dove la situazione è rimasta invariata.

KI 6.3. Trend dei ricoveri in Italia



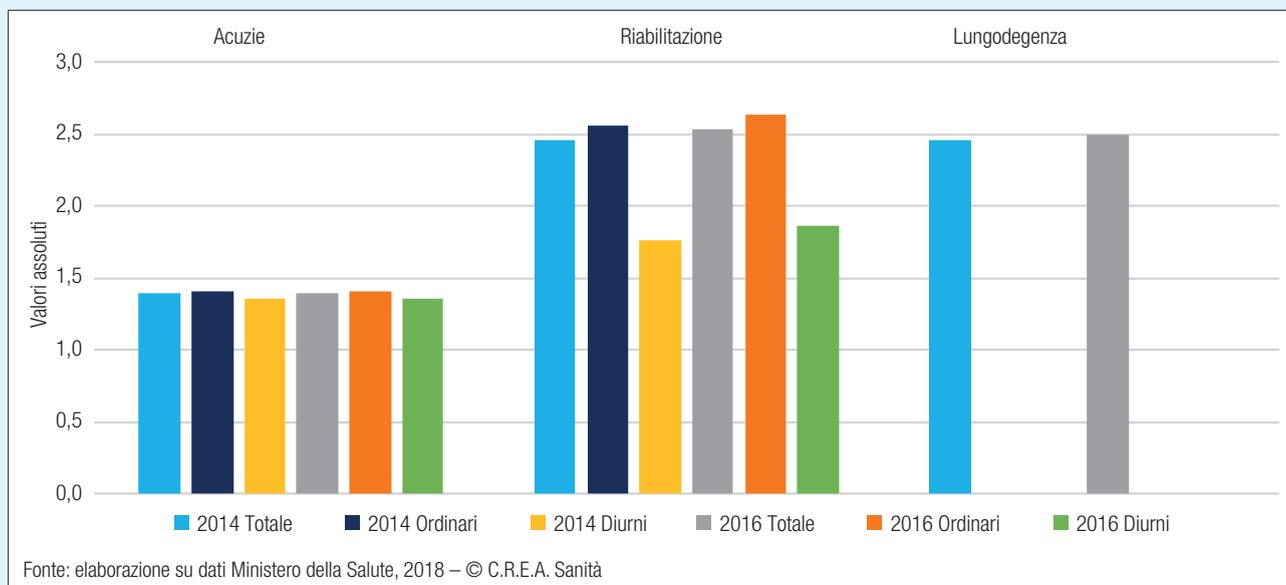
Dal 2001 al 2017 si è realizzata una contrazione del 31,7% dei ricoveri, pari ad una riduzione media annua del 2,4%: da quasi 12,9 milioni di ricoveri nel 2001 a circa 8,9 milioni nel 2017. La riduzione ha coinvolto tutti i tipi di attività di ricovero, ad eccezione della lungodegenza (+23,2%) e della riabilitazione in regime ordinario (+27,6%). Si sono ridotti in maggior misura i ricoveri diurni in riabilitazione con una variazione media annua del 3,7%, seguiti da quelli in acuto, con una riduzione media annua del 3,2% per il regime diurno e del 2,4% per quello ordinario.

KI 6.4. Tasso di ospedalizzazione ordinaria in acuzie, per età



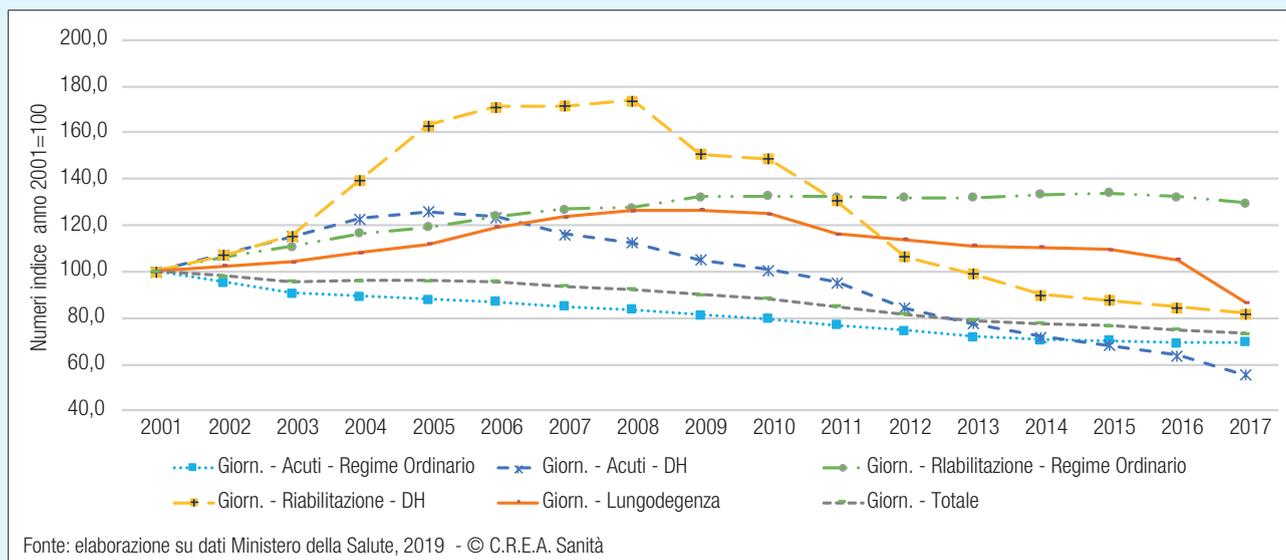
L'incidenza dei ricoveri ordinari in acuzie aumenta con l'età, registrando il suo valore minimo nella fascia di popolazione 1-14 anni (40,4 per 1.000 abitanti) ed il massimo negli *over 85* (323,4). Il tasso ha registrato una riduzione rilevante in tutte le fasce di età, comprese quelle più avanzate. Nell'ultimo decennio la riduzione più rilevante (-40,2%) ha interessato la popolazione più giovane (fino ai 24 anni); per la popolazione più anziana (*over 85*) si è registrata la riduzione più contenuta (-23,5%).

KI 6.5. Ricoveri per paziente



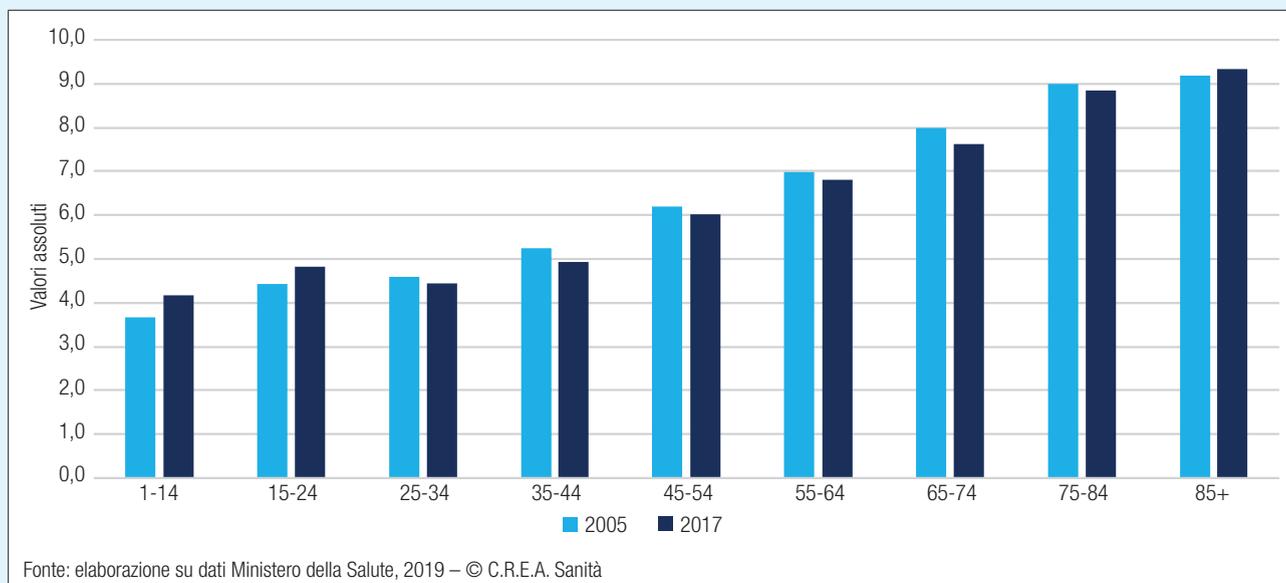
Nell'ultimo triennio non si registrano variazioni di rilievo nel numero medio di ricoveri annui per paziente: per le acuzie si oscilla da un minimo di 1,2 ad un massimo di 1,5 ricoveri, con un aumento progressivo all'aumentare dell'età. Per la riabilitazione siamo nel range 2,5-2,6 (2,7-2,8 dopo i 65 anni); per la lungodegenza si passa da un minimo di 1,0, per la fascia 1-14 anni, ad un massimo di 2,6 negli *over 75*.

KI 6.6. Trend giornate di degenza in Italia



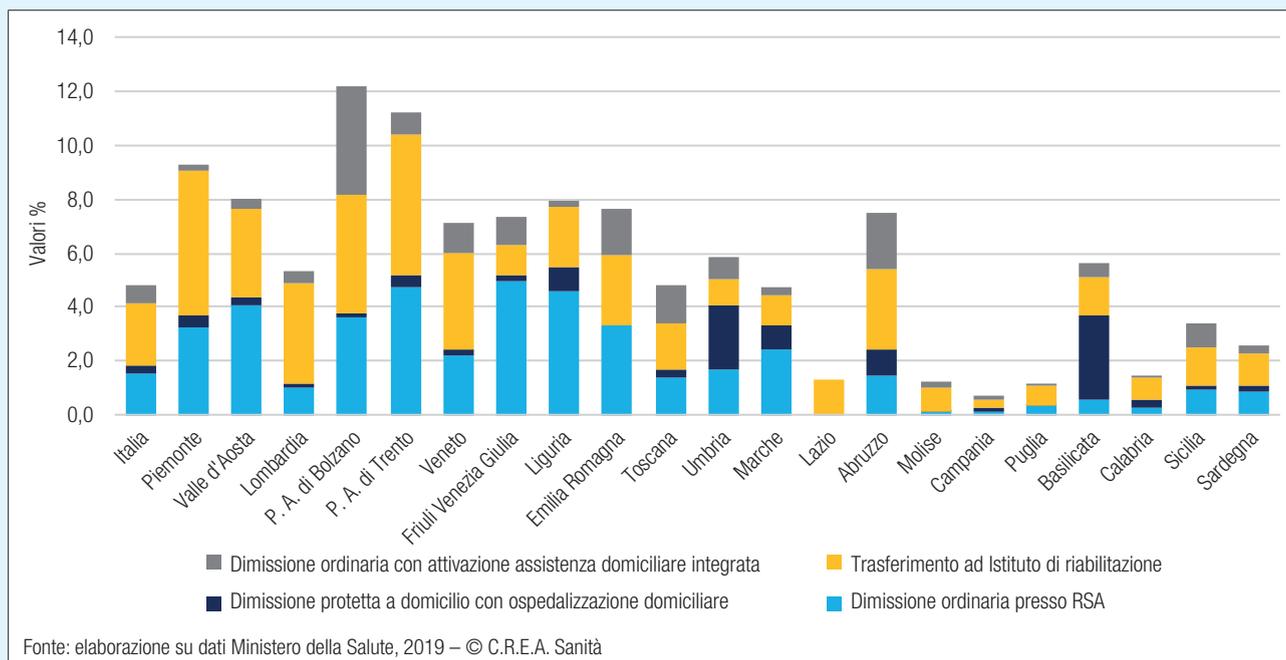
Dal 2001 al 2017 le giornate di degenza si sono contratte del 30,4%, con una riduzione media annua del 2,2%: in termini assoluti si è passati da circa 80,1 milioni di giornate nel 2001 a circa 58,8 milioni nel 2017. Le giornate in riabilitazione in regime ordinario registrano un aumento medio annuo del +1,6%; nelle restanti tipologie la riduzione passa da un valore massimo del 3,6% annuo per gli accessi diurni in acuzie ad un minimo del 0,9% per quelli in lungodegenza.

KI 6.7. Degenza media ordinaria in acuzie



La degenza media è di 6,9 giornate nella degenza ordinaria in acuzie e 2,6 accessi dei ricoveri diurni; in riabilitazione diventano rispettivamente 25,6 e 15,0; e in lungodegenza 24,6. Nell'ultimo decennio si registra un aumento del +3,0% per i ricoveri ordinari e una riduzione del -5,3% per gli accessi diurni. La degenza media è crescente con l'età e, con riferimento ai soli ricoveri ordinari in acuzie, è aumentata del 3,0%, anche nelle fasce d'età più giovani: +14,1% nella fascia 1-14 anni e +9,4% in quella 15-24 anni. Dai 25 anni in su la degenza media è diminuita, ad eccezione negli *over 85*, dove invece è aumentata (+1,7%).

KI 6.8. Quota pazienti dimessi vivi, per modalità di dimissione. Anno 2017



Nel 2017, il 4,8% dei pazienti dimessi vivi accede a forme di assistenza intermedia, residenziale o domiciliare integrata. Il Nord-Est arriva al 7,8%, seguito dal Nord Ovest (6,6%), dal Centro (3,3%) e dal Sud (2,3%). La P. A. di Bolzano risulta essere la realtà più virtuosa, con il 12,2% dei pazienti dimessi in strutture di post acuzie, seguita da quella di Trento con l'11,3%, dal Piemonte (9,3%) e dalla Valle d'Aosta (8,0%); la Campania risulta invece essere la realtà con la minore quota di pazienti dimessi coinvolti in un percorso post acuzie (0,7%), seguita dalla Puglia con l'1,1%.