



Capitolo 6

**Assistenza ospedaliera:
evoluzione, efficienza, appropriatezza ed esiti**

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 6

Assistenza ospedaliera: evoluzione, efficienza, appropriatezza ed esiti

d'Angela D.¹, Fazzari A.L.², Spandonaro F.³

Il capitolo analizza l'evoluzione dell'assistenza ospedaliera in Italia. A tal fine si effettua un aggiornamento del confronto fra il ricorso al ricovero in Italia verso i Paesi dell'Unione Europea (EU), e quindi espone l'evoluzione dei principali indicatori di utilizzo, per poi analizzare l'efficienza del sistema, l'appropriatezza dell'erogazione ed alcuni esiti.

6.1. Il ricorso all'ospedalizzazione

Sebbene i dati disponibili scontino alcune discrasie che rendono i confronti non perfettamente omogenei, emerge come l'Italia, dopo il 2000, abbia fortemente ridotto il ricorso al ricovero ospedaliero, avendo ora un tasso di ricovero in acuzie (in regime ordinario) molto inferiore alla media EU, comparabile solo a quello del Portogallo e della Spagna (Figura 6.1.).

La Figura 6.2. permette di apprezzare come, in Italia, la riduzione sia avvenuta sia per i ricoveri ordinari che per quelli diurni, tanto in acuzie, che in riabilitazione e marginalmente in lungodegenza.

Particolarmente rilevante è la riduzione del tasso di ospedalizzazione in acuzie che passa dal 141,3 (per 1.000 abitanti) del 2005 al 109,6 del 2016.

Si dimezza anche il ricorso ai ricoveri diurni: dal 67,5 (per 1.000 abitanti) del 2005 al 32,2 del 2016. La Figura 6.3. mostra come, per i ricoveri ordinari in acuzie, si sia realizzata una riduzione rilevante in tutte le fasce di età, comprese quelle più avanzate.

Nell'ultimo triennio non si registrano variazioni di rilievo nel numero di ricoveri multipli (Figura 6.4.): per

le acuzie si hanno 1,4-1,5 ricoveri per paziente, in modo sostanzialmente indipendente dall'età. Per la riabilitazione siamo nel *range* 2,5-2,6 (2,7-2,8 dopo i 65 anni), così come anche per la lungodegenza (senza un gradiente significativo per età).

Malgrado la forte riduzione dei ricoveri, e quindi la presumibile concentrazione su eventi di maggiore gravità/complessità, nel periodo considerato la degenza media rimane sostanzialmente invariata, con una diminuzione di circa un punto percentuale per i ricoveri ordinari e un altrettanto lieve (sempre inferiore al punto percentuale) aumento degli accessi diurni.

In acuzie il livello è di 6,7 giornate medie di degenza ordinaria e 2,7 accessi medi diurni; in riabilitazione diventano rispettivamente 26,0 e 14,8; e in lungodegenza 28,2 (Figura 6.5.).

Rispetto agli altri Paesi EU la degenza media ordinaria in acuzie italiana è maggiore che nel Regno Unito e in Spagna, ma decisamente inferiore alla Germania e anche alla Francia (Figura 6.6.).

La degenza media relativa ai ricoveri ordinari in acuzie è ovviamente crescente con l'età (Figura 6.7.); nel periodo considerato è diminuita, anche se in minore entità col crescere dell'età; questa è cresciuta nel caso di ricoveri di pazienti più vecchi (*over 85*) e dei più giovani (fino a 24 anni).

La quasi stabilità della degenza media dei ricoveri in acuzie, e la contemporanea riduzione dei tassi di ospedalizzazione, ha comportato una riduzione generalizzata e significativa del numero complessivo di giornate di degenza erogate (Figura 6.8.).

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

² Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

³ Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

Figura 6.1. Tassi di ospedalizzazione in acuzie

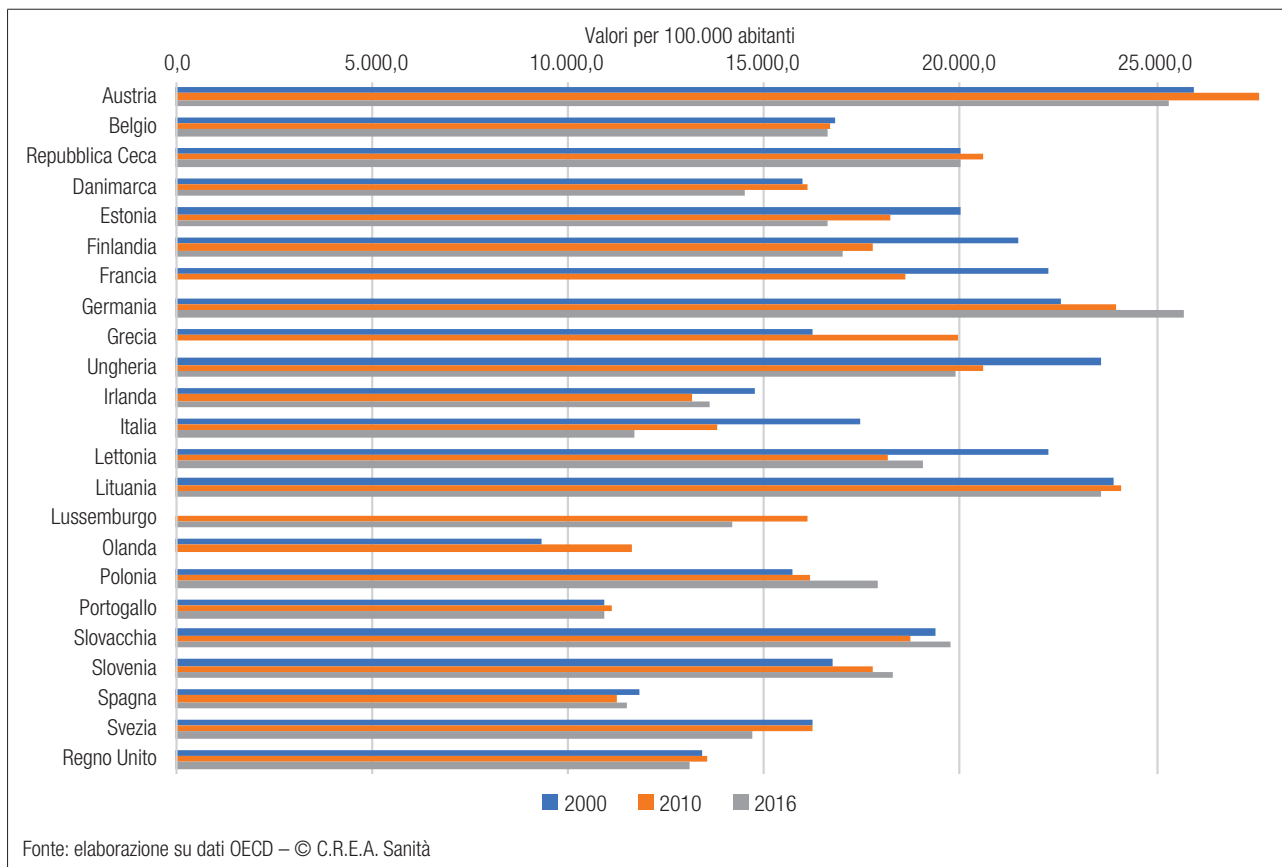
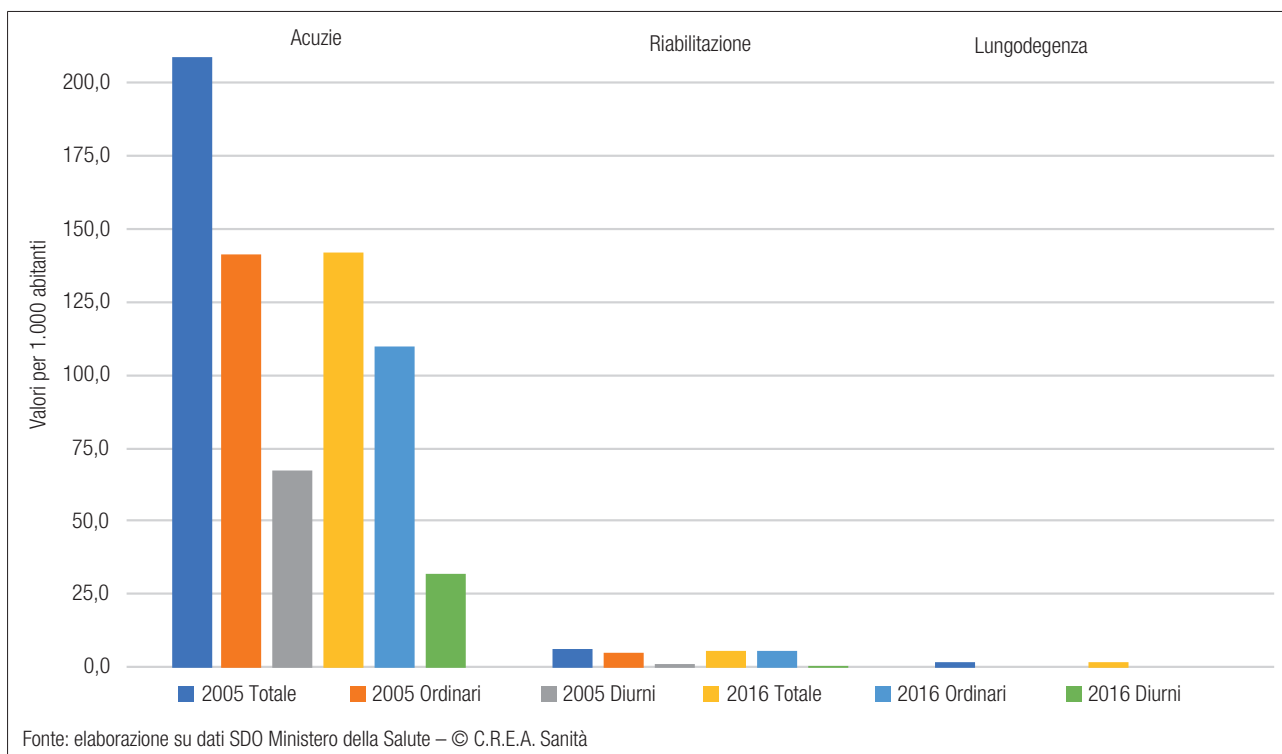


Figura 6.2. Tasso di ospedalizzazione, per tipo attività e regime



Complessivamente, in acuzie, si è passati da 1.133,0 giornate per 1.000 abitanti nel 2005 a 818,3 nel 2016 (-27,8%).

Rimangono sostanzialmente stabili le giornate in riabilitazione (145,1 e 144,3 per 1.000 abitanti, rispettivamente nel 2005 e 2016), e si riducono anche quelle in lungodegenza (da 60,8 nel 2005 a 48,7 nel 2016).

Si noti che, per singolo paziente, si registrano in media 5,8 giornate di degenza in acuzie (media di 6,7 giornate di ricovero ordinario e 2,7 accessi diurni), 24,9 in riabilitazione (media di 26,0 giornate di ricovero ordinario e 14,8 accessi diurni), e 28,2 in lungodegenza.

In acuzie, per i pazienti più anziani si arriva a 8,8 giorni di degenza per paziente, e 27,6 in riabilitazione (Figura 6.9.).

6.2. Appropriatezza

Il livello di implementazione del Decreto Ministeriale (D.M.) n. 70/2015, fornisce utili indicazioni in

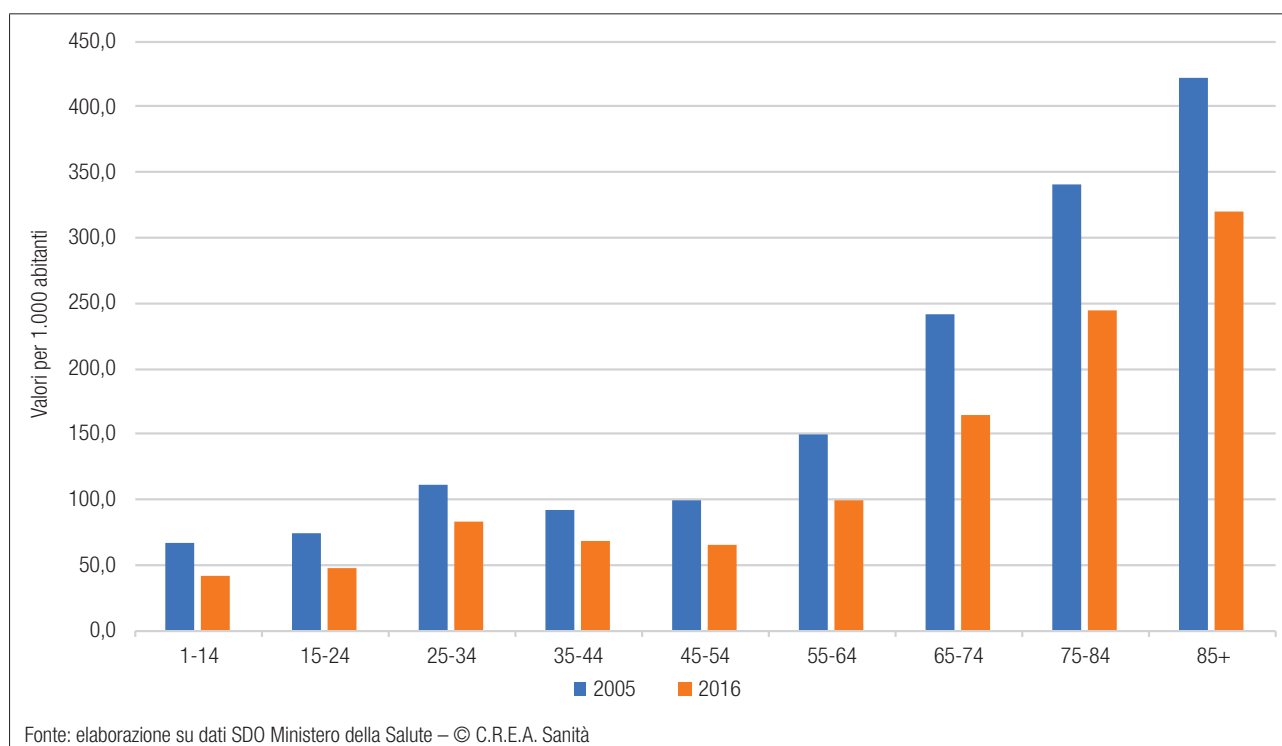
tema di appropriatezza dell'assistenza ospedaliera.

L'analisi è possibile per particolari ambiti diagnosticoterapeutici, ed è stata sviluppata sia per gli indicatori relativi alle soglie minime di volume, sia per quelli relativi alle soglie rischio di esito.

Nello specifico è stata determinata sia la quota di strutture regionali rispondenti ai requisiti previsti dal Decreto (Tabella 6.1.) che quella di interventi regionali eseguiti in strutture rispondenti a tali requisiti; inoltre, la dinamica di tali indicatori nel periodo 2013-2016, ovvero prima e dopo un anno dall'introduzione del suddetto Decreto.

Tra i requisiti relativi alle soglie minime di attività delle unità operative, nel 2016 tre (almeno 150 interventi annui di Carcinoma mammario, almeno 200 interventi/anno di *Bypass* aorto-coronarico e almeno il 15% di parti cesarei effettuati in maternità di I livello) sono ancora rispettati in meno della metà dei Centri (presenti in ogni Regione). Per i restanti requisiti, si arriva a circa la metà di Centri (di ogni Regione) adempienti; solo per l'indicatore relativo ai volumi di interventi per frattura di femore risultano adempienti oltre il 64% delle strutture nazionali.

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



In termini dinamici, il maggior “sforzo” di adeguamento alle indicazioni ministeriali si è riscontrato per tre indicatori: “Quota di strutture con più di 75 interventi annui per frattura del collo del femore”, che è passata dal 49,7% del 2013 al 64,2% del 2016; la “Quota di strutture con più di 250 interventi annui per angioplastica coronarica percutanea (PCA)” che è passata dal 47,7% al 51,8%; e la “Quota di strutture con almeno il 60% di interventi per fratture del collo del femore over 65 effettuati entro 48 ore”, che è passata dal 48,8% al 51,1%.

Sostanzialmente invariata è rimasta, invece, la quota dei Centri conformi a quanto previsto dai rimanenti requisiti.

Passando alla concentrazione degli interventi nelle diverse strutture regionali, già nel 2013 oltre il 92% degli interventi di frattura del femore venivano effettuati in strutture con una casistica annua di almeno 75 casi, ed oltre l'87,8% di PCA in strutture con almeno 250 casi annui; decisamente più bassa era la quota di parti cesarei effettuati in maternità di I livello (non oltre il 15% della casistica totale dei parti) e il li-

vello (non oltre il 25% della casistica totale dei parti).

Passando ad analizzare gli andamenti regionali per i singoli indicatori si osserva come, la “Quota di strutture con almeno 150 interventi annui per Carcinoma mammario”, nel 2013 era solo del 15,0%: Toscana, Emilia Romagna e Puglia, risultavano essere le realtà con la quota maggiore di strutture adempienti (25,0%, 23,5% e 23,1% rispettivamente); nessuna in Valle d'Aosta e Molise (dove tutte le strutture che erogano tale prestazione hanno una casistica inferiore al valore soglia) e solo il 6,9% nelle Marche e in Calabria.

A seguito dell'introduzione del D.M. n. 70/2015, nel 2016, la quota di strutture complesse rispondenti al requisito è aumentata marginalmente sino al 16,4%; si passa da una quota minima di strutture complesse rispondenti ai requisiti ministeriali, pari al 7,4%, in Calabria, ad una massima, del 33,3%, nella P.A. di Trento e in Basilicata; seguono Veneto ed Emilia Romagna dove rispettivamente il 26,5% ed il 25,0% delle strutture complesse eseguono almeno 150 primi interventi annui per tale diagnosi.

Figura 6.4. Ricoveri multipli

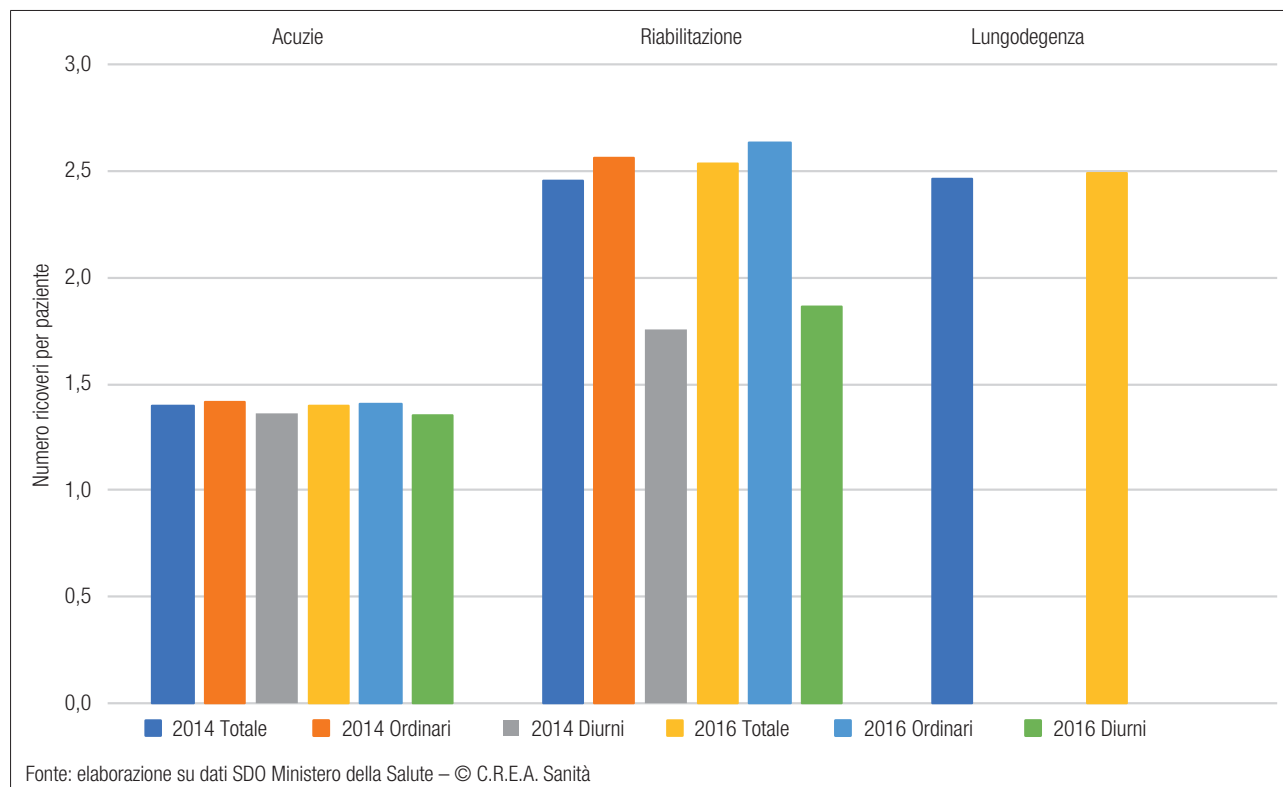


Figura 6.5. Degenza media, per tipo attività e regime

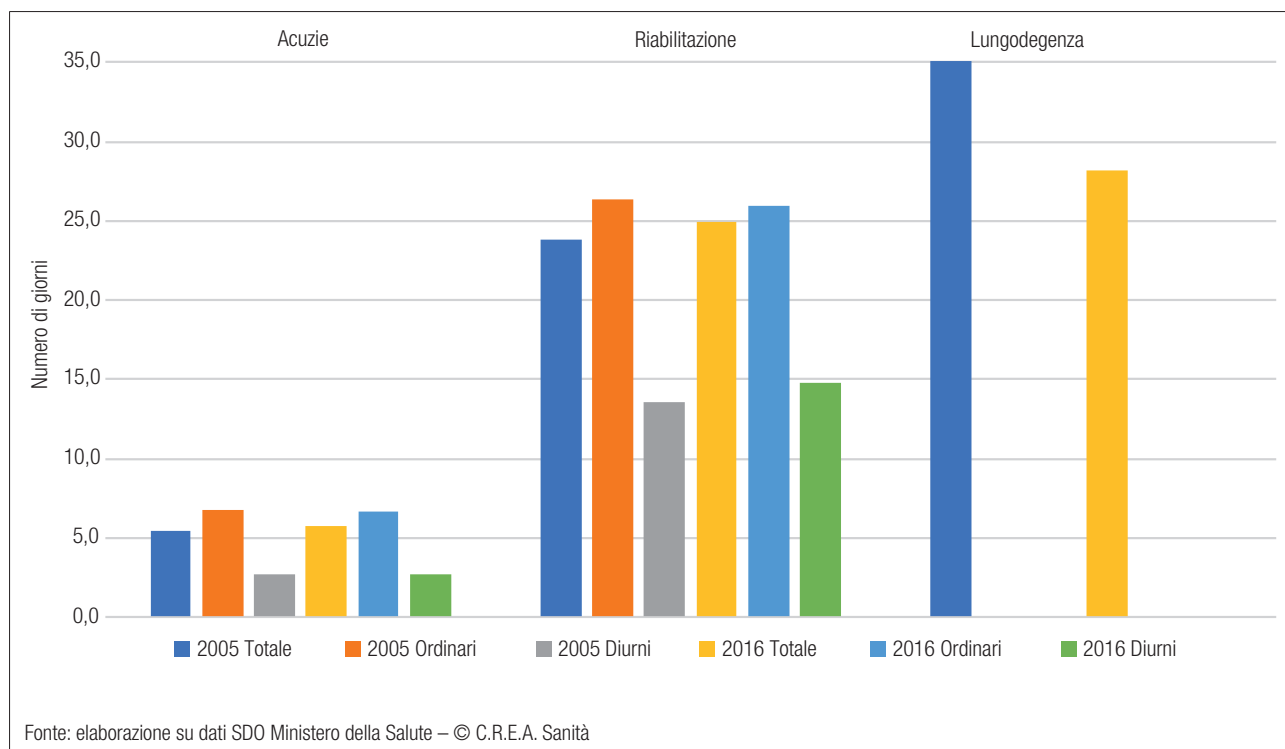


Figura 6.6. Degenza media in acuzie

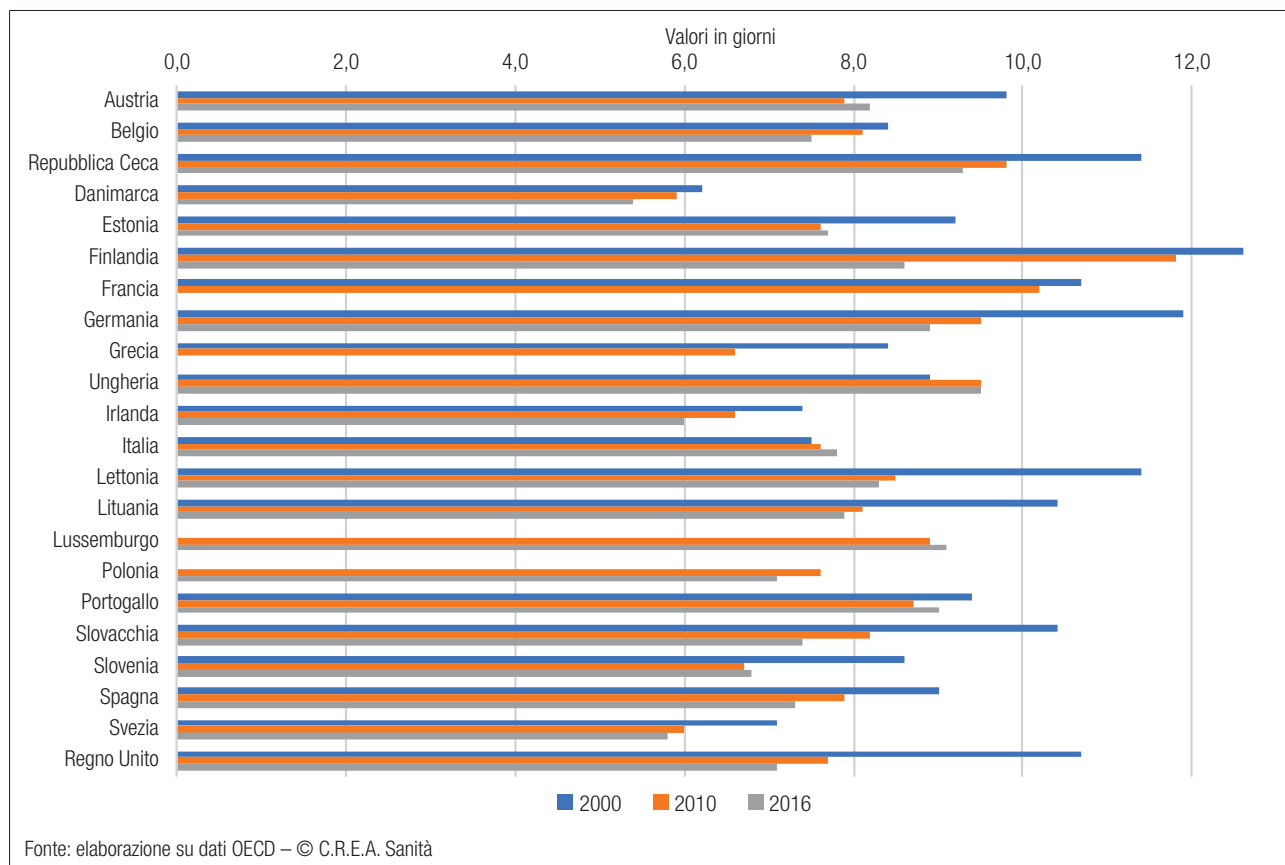


Figura 6.7. Degenza media ordinaria in acuzie, per età

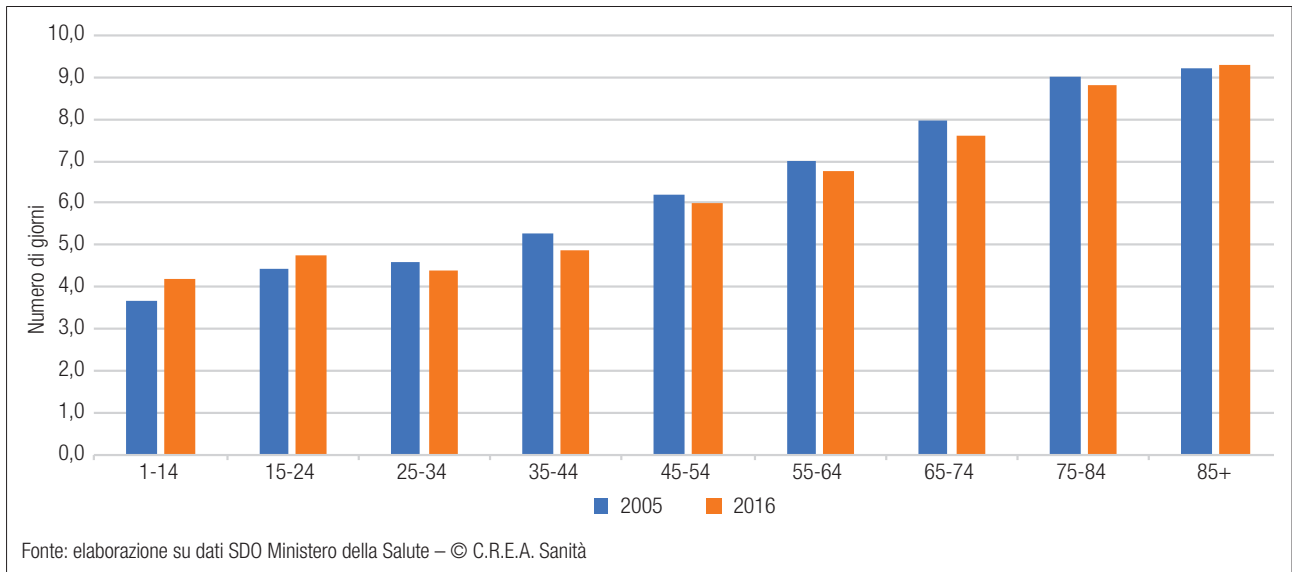
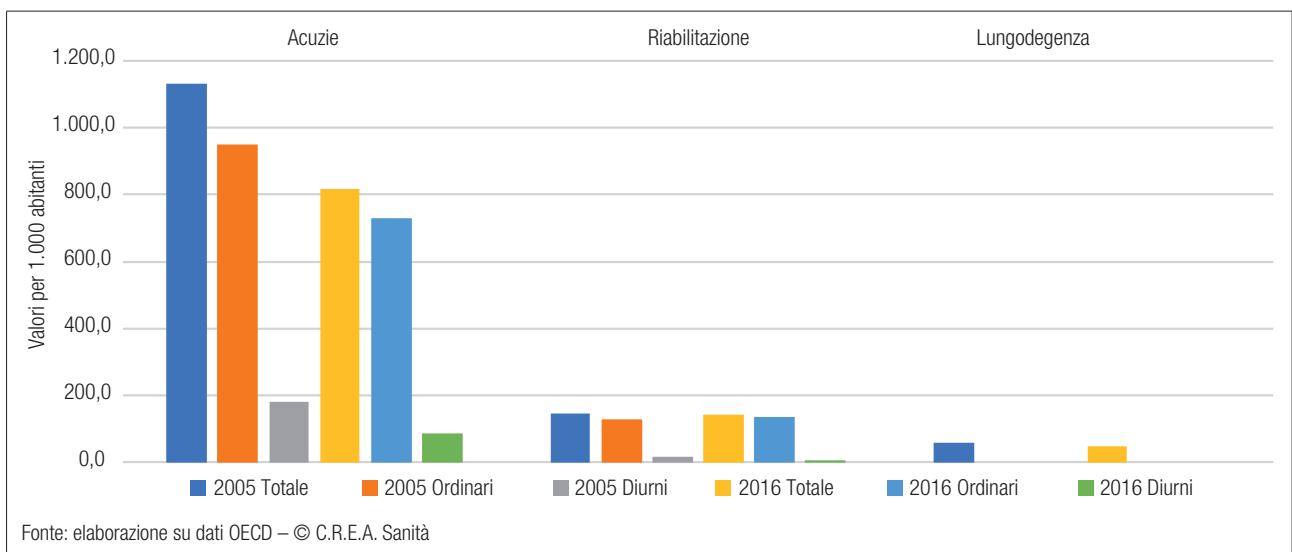


Figura 6.8. Giornate di degenza per abitante



Per tale indicatore, la P.A. di Trento, le Marche e l’Umbria risultano essere state le tre Regioni che hanno perseguito una maggiore azione di allineamento alle indicazioni previste dal Decreto: in particolare, nella prima, la quota di strutture rispondenti al requisito è più che raddoppiata (+133,3%), nella seconda è aumentata del +67,3% e nella terza del +60,0%. Più contenuto è l’allineamento verificatosi in Emilia Romagna e Calabria (+6,3% e +7,4%).

Spostando l’analisi sulla appropriatezza degli interventi effettuati, la P.A. di Trento risulta essere la

più virtuosa, nel senso che oltre il 95,0% degli interventi viene eseguito in strutture che superano la soglia dei 150 interventi annui; segue la Sardegna con il 79,1%, e l’Emilia Romagna con il 79,6%. Tra le Regioni meno “virtuose” abbiamo la P.A. di Bolzano e la Calabria dove rispettivamente solo il 40,0% ed il 52,4% degli interventi vengono eseguiti in strutture rispondenti ai criteri previsti dal Decreto.

In relazione alla “Quota di strutture con almeno 100 interventi annui di colecistectomia laparoscopica”, nel 2013, erano il 46,2% le strutture complesse

che hanno raggiunto la casistica: in Valle d'Aosta, Veneto e Umbria, si hanno rispettivamente il 100,0%, 64,8% e 60,0% di strutture adempienti; all'altro estremo troviamo la P.A. di Bolzano (22,2%) e il Friuli Venezia Giulia (22,2%).

Ad un anno dall'introduzione del Decreto, la quota è cresciuta raggiungendo il 49,0%. Il valore massimo, pari al 100,0%, si riscontra sempre in Valle d'Aosta, seguono il Veneto e la Lombardia, dove rispettivamente il 71,7% ed il 67,0% delle strutture superano la casistica laparoscopica prevista; all'estremo opposto troviamo invece la P.A. di Bolzano, il Friuli Venezia Giulia e la Campania, dove rimangono rispettivamente solo il 25,0%, il 26,3% ed il 30,9% delle strutture adempienti.

Molise, Piemonte e Friuli Venezia Giulia risultano essere le tre realtà con il maggiore incremento dell'indicatore nel periodo 2013-2016: in particolare, la prima è passata dal 28,6% al 60,0%, la seconda dal 50,9% al 61,4% e la terza dal 22,2% al 26,3%.

In termini di quota di interventi eseguiti in strutture adempienti, la Valle d'Aosta, l'Umbria ed il Veneto risultano essere le Regioni più "virtuose": nella prima tutti gli interventi vengono effettuati in Centri conformi al Decreto, nella seconda il 92,0% e nella terza il 91,3%; all'estremo opposto troviamo la P.A. di Bolzano e la Campania dove rispettivamente il 58,8% e 60,2% degli interventi vengono eseguiti in Centri con casistica adeguata.

Figura 6.9. Giornate di degenza per paziente

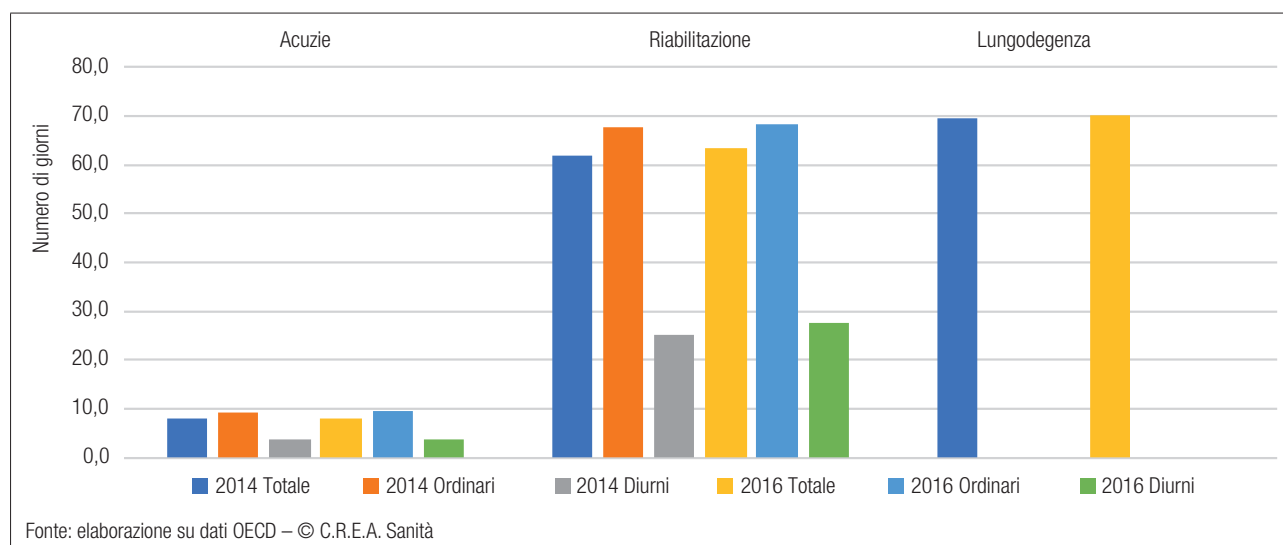


Tabella 6.1. Soglie minime di volume di attività ex D.M. n. 70/2015

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
Intervento 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)

Fonte: elaborazione su dati Programma Nazionale Esiti – © C.R.E.A. Sanità

Rispetto al 2013, la quota media nazionale di interventi eseguiti in Centri adeguati è cresciuta di circa due punti percentuali, raggiungendo il 79,9%. Il Molise risulta essere stata la realtà con la migliore dinamica nel triennio considerato, passando da 45,8% a 75,4% la quota degli interventi effettuati in Centri adempienti al requisito ministeriale.

Per l'indicatore "Quota di strutture con almeno 75 interventi annui di frattura del collo del femore", nel 2013, il 49,7% delle strutture complesse raggiungeva già la casistica prevista: la Valle d'Aosta e la Basilicata, risultavano essere le realtà con la quota maggiore (100,0% e 60,0% rispettivamente); la quota minima si riscontrava invece nella P.A. di Trento (28,6%) e nelle Marche (37,8%).

A seguito dell'introduzione del D.M. n. 70/2015, nel 2016, la quota di strutture complesse rispondenti al requisito ha raggiunto il 61,2%; si passa da quota minima di strutture complesse rispondenti ai requisiti ministeriali, pari al 42,9% e 44,4% delle PP.AA. di Bolzano e Trento rispettivamente, ad una massima, del 100,0%, della Valle d'Aosta e del Molise.

Per tale indicatore, Molise, Marche e P.A. di Trento sono state le tre Regioni che hanno realizzato la maggiore azione di allineamento alle indicazioni previste dal Decreto: in particolare, nella prime due è quasi raddoppiata la quota di strutture adempienti, e nella terza è aumentata del +50,0%. Più contenuto è stato l'allineamento verificatosi in Friuli Venezia Giulia, Liguria e Piemonte (+6,3%, +14,5% e +14,9%).

Spostando l'analisi sulla casistica degli interventi effettuata nei Centri adempienti al Decreto, si osserva come, già nel 2013, la concentrazione di tali interventi in strutture con volumi allineati a quanto previsto dal Decreto risultava superiore all'85%, con punte di eccellenza in Valle d'Aosta, Molise e Piemonte (100,0% nelle prime due e 99,6% nella terza); Risulta minore la quota di interventi eseguiti in strutture adempienti nelle PP.AA. di Bolzano e Trento con rispettivamente l'89,7% e l'86,7%.

Passando all'indicatore relativo alla casistica di Infarto Miocardico Acuto (IMA), nel 2013, il 37,9% delle strutture complesse italiane ha avuto almeno 100 casi annui di IMA di primo ricovero, con valori minimi riscontrati nella P.A. di Bolzano (18,2%) e in

Molise (22,2%), e massimi riscontrati in Valle d'Aosta (100,0%) e Basilicata (54,6%).

Nel 2016, la quota complessiva ha raggiunto il 38,9%, con un valore minimo in Campania (18,2%) ed uno massimo in Valle d'Aosta (100,0%). Gli allineamenti alle indicazioni del Decreto sono stati complessivamente contenuti, con una punta massima nelle PP.AA. di Trento e Bolzano, dove la quota di strutture è cresciuta rispettivamente del 18,2% e 22,2%.

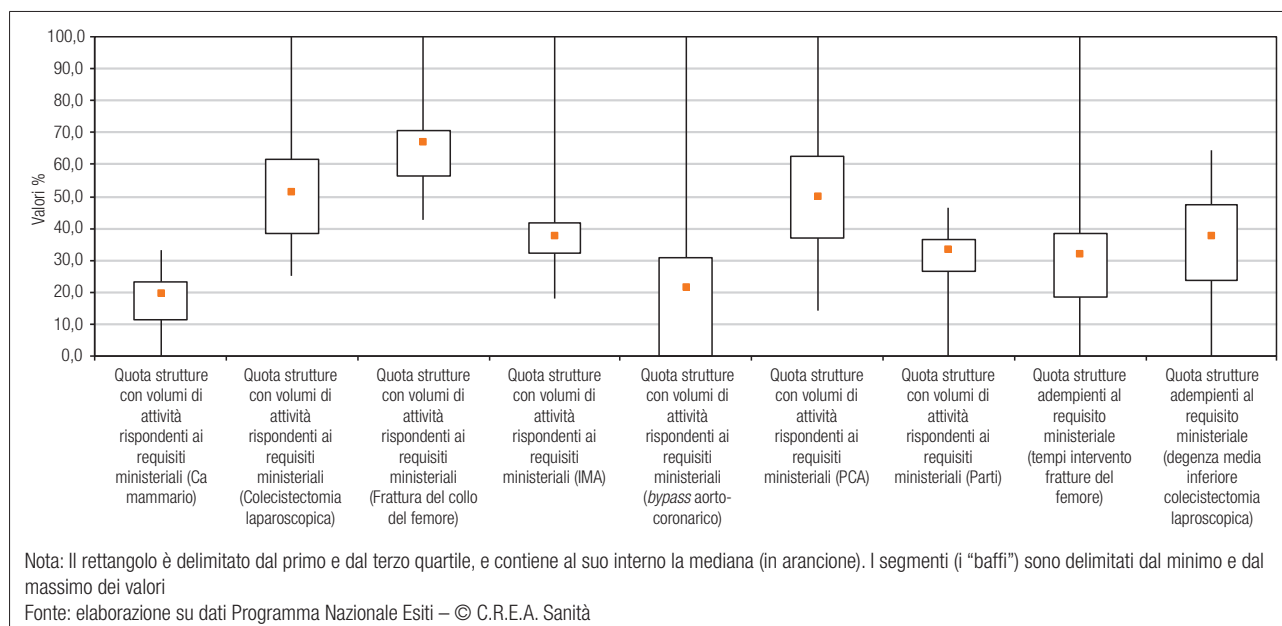
Passando alla "Quota di strutture che effettuano almeno 200 interventi annui di *Bypass* aortocoronarico", nel periodo 2013-2016, essa è rimasta pressoché invariata, e pari al 23,0%; in Friuli Venezia Giulia e Marche tutti i Centri sono allineati a quanto indicato del Decreto; lo sono anche la metà di quelli abruzzesi, e il 44,4% di quelli veneti. Nessuna delle strutture presenti nella P.A. di Trento, Sardegna, Basilicata, Umbria, Molise, Umbria, Liguria e Piemonte raggiungono la casistica prevista dal Decreto; in Valle d'Aosta non vengono eseguiti questi interventi; nelle restanti Regioni invece la quota dei Centri adempienti oscilla tra il 20,0% ed il 33,3%.

In termini dinamici, Veneto e Marche risultano essere le realtà più "virtuose": nella prima la quota dei Centri passa, nei tre anni considerati, dal 14,3% al 44,4%, nella seconda raddoppia, raggiungendo il 100,0%.

In termini di quota di interventi eseguiti in strutture adempienti, il Friuli Venezia Giulia ed il Veneto risultano essere le Regioni più "virtuose": nella prima tutti gli interventi vengono effettuati in Centri conformi al Decreto, nella seconda l'81,1%; a queste seguono Toscana e Lazio con rispettivamente il 65,5% ed il 61,9% degli interventi eseguiti in Centri adempienti; in Liguria, Umbria, Molise, Basilicata e Sardegna nessun intervento viene eseguito in Centri con casistica adeguata.

Per quanto riguarda l'indicatore "Quota di strutture che eseguono almeno 250 procedure annue di PCA", nel 2013, in Italia, risultavano essere allineate a tale parametro il 47,7% delle strutture complesse, oscillando da un valore minimo in Veneto ed Emilia Romagna (32,6% in entrambe) ad uno massimo, pari al 100,0%, della Valle d'Aosta, seguito dalla Sicilia con il 62,5%.

Figura 6.10. Livello di adempimento regionale ai requisiti appropriatezza D.M. n. 70/2015, quota strutture adempienti. Anno 2016



Nel 2016, la quota di strutture soddisfacenti il requisito del Decreto ha raggiunto il 51,8%, con la P.A. di Bolzano e le Marche che registrano i valori più bassi (14,3% e 28,6% rispettivamente) e Basilicata e Valle d'Aosta, il massimo (100,0%).

Il maggior allineamento a quanto previsto dal Decreto, nel periodo 2013-2016, si è registrato in Basilicata e Veneto; invariata è invece rimasta la quota delle strutture in Basilicata, Umbria, Valle d'Aosta, PP.AA. di Trento e Bolzano.

Spostando l'attenzione sugli indicatori per soglie di rischio di esito (Tabella 6.2.), si riscontra come, nel 2013, in Italia, appena un terzo (29,8%) delle strutture complesse eseguiva almeno il 70% degli interventi di colecistectomia laparoscopica con una degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (Figura 6.10.).

Toscana, Liguria e Umbria risultavano essere le tre realtà con i valori più alti per tale indicatore: 59,2%, 52,9% e 46,7% rispettivamente; nessuna struttura rispetta la soglia in Calabria e solo il 7,1% nella P.A. di Bolzano.

Nel 2016, la quota di Centri che rispettano il requisito è aumentata notevolmente raggiungendo il 39,0%, con valori minimi ancora riscontrati in Calabria (18,1%), Molise (20,0%) e Campania (21,9%); valori massimi invece in Veneto, Toscana e Umbria (61,5%,

60,0% e 50,0% rispettivamente).

Passando all'indicatore relativo alla "Quota di strutture complesse che eseguono interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età >=65 anni", a livello nazionale il valore si è praticamente raddoppiato passando dal 15,5% del 2013 al 29,9% del 2016, anche se continuano a essere adempienti meno di un terzo dei Centri. Valle d'Aosta, Toscana e Friuli Venezia Giulia risultano essere le più "virtuose" (100,0%, 56,3% e 33,3%); nessuna struttura in Molise risulta essere adempiente al Decreto, solo il 3,7% di quelle calabresi ed il 4,2% di quelle campane. Liguria, Molise e Piemonte sono risultate essere le realtà che hanno realizzato il maggiore allineamento all'indicazione ministeriale nei tre anni considerati.

Per l'indicatore relativo alle maternità di I livello o comunque con meno di 1.000 parti, che hanno effettuato meno del 15% di tagli cesarei primari, il quadro è decisamente più critico: nel 2016 risultano adempienti solo l'8,1% delle strutture, erano il 6,8% del 2013. Friuli Venezia Giulia, la P.A. di Trento e la Toscana sono le Regioni con la maggior quota di strutture adempienti (50,0%, 33,3% e 22,2%); ad eccezione di Calabria, Sicilia e Campania, nessuna delle maternità di I livello delle realtà meridionali soddisfa il requisito del Decreto.

Tabella 6.2. Soglie di rischio di esito ex D.M. 70/2015

Indicatori	Soglia
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%
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%

Fonte: D.M. n. 70/2015

Figura 6.11. Livello di adempimento regionale requisiti appropriatezza D.M. n. 70/2015, quota strutture. Anno 2016

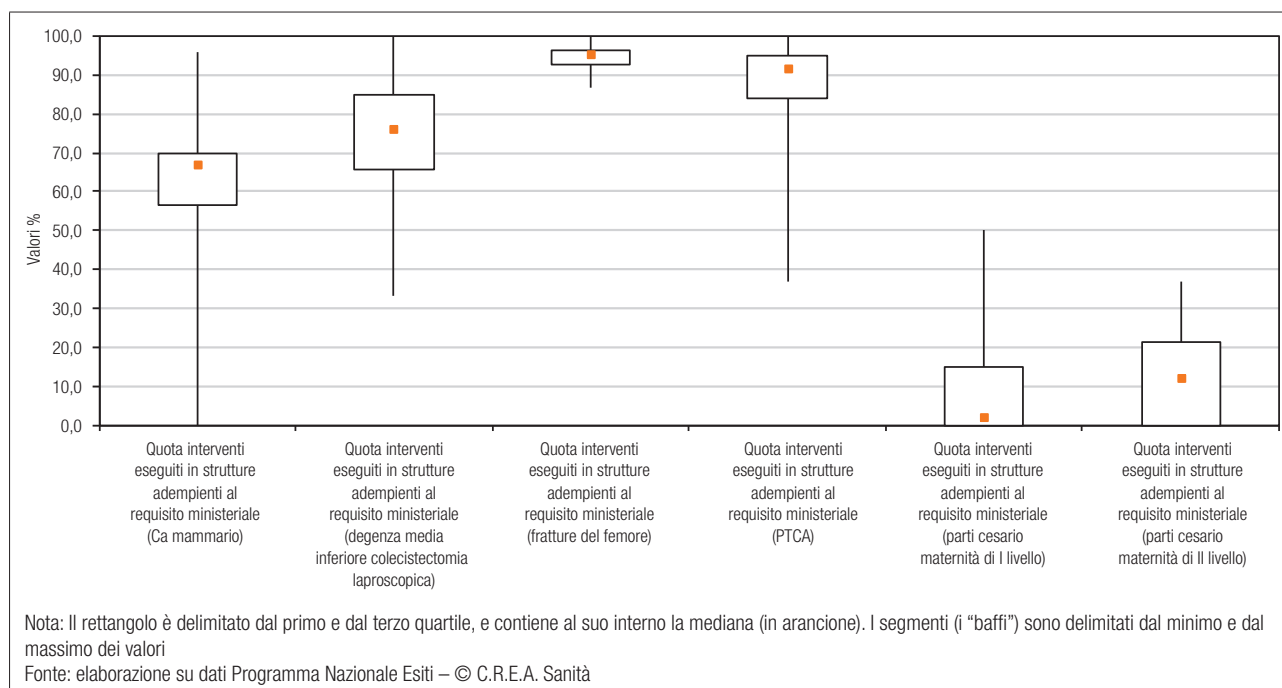
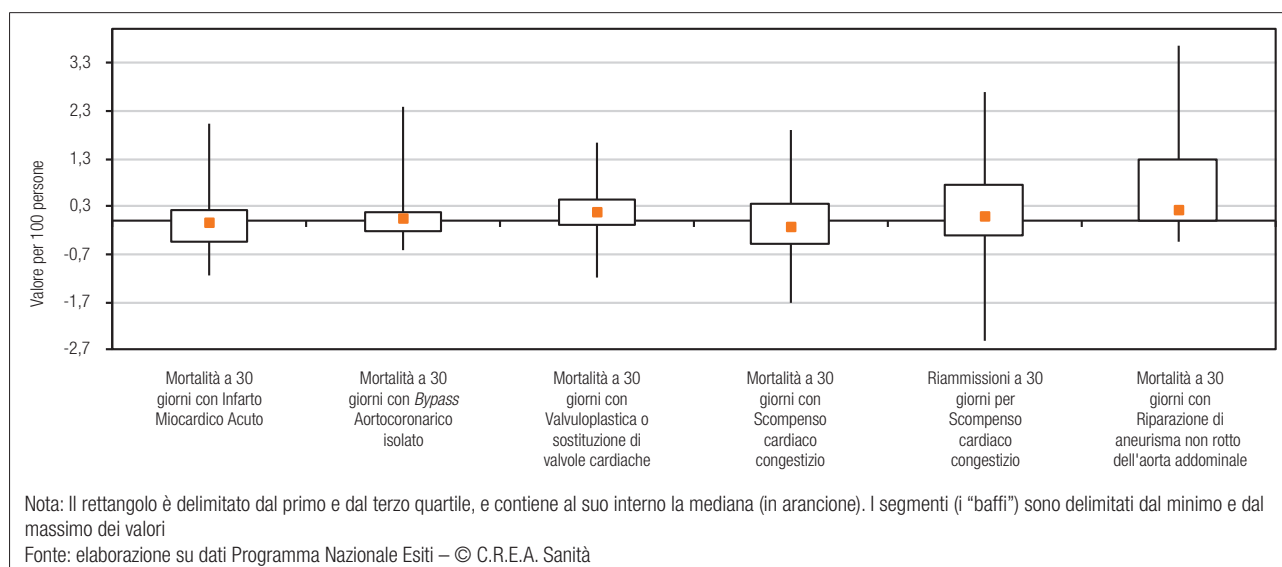


Figura 6.12. Esiti per patologie cardiovascolari, Scostamento dal valore medio nazionale. Anno 2016



Per l'indicatore relativo alle maternità di II livello, o comunque con oltre 1.000 parti, che hanno effettuato meno del 25% di tagli cesarei primari il quadro risulta essere migliore: nel 2016 sono adempienti il 31,8%. Emilia Romagna e P.A. di Bolzano sono le realtà con la maggior quota di strutture adempienti (37,0%, 33,3%); in Abruzzo, Molise e Calabria nessuna delle maternità di II livello soddisfa il requisito del Decreto. Basilicata e Friuli Venezia Giulia risultano essere state le Regioni con la migliore dinamica nel triennio 2013-2016: la prima è passata dal 14,3% al 20,0%, la seconda da 9,1% a 16,7% (Figura 6.11.).

6.3. Esiti

In termini di esiti ospedalieri, limitando l'analisi alle sole patologie cardiovascolari, che ricordiamo rappresentano la prima causa di morte, si riscontra come la mortalità a 30 gg per Infarto Miocardico Acuto, per la quale l'Italia raggiunge livelli di eccellenza, secondo i dati OECD, risulta essere più alta nelle Regioni del Sud e più bassa in quelle del Nord; si passa dal valore peggiore riscontrato in Basilicata, pari a 2,0 morti ogni 100 infartuati, in più rispetto alla media nazionale (assunta come valore *benchmark*), al migliore, pari a 1,2 morti in meno ogni 100, riscontrati in Umbria.

La mortalità, sempre a 30 giorni, per *Bypass Aortocoronarico isolato*, passa da un valore peggiore di 2,4 morti in più (ogni 100), rispetto alla media nazionale, registrato in Basilicata, ad uno migliore, pari a 0,6 morti in meno (ogni 100) riscontrato in Molise, Friuli Venezia Giulia e P.A. di Trento.

Una situazione analoga si riscontra per l'indicatore sulla mortalità a 30 giorni con Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache, che presenta il suo valore peggiore, pari a 1,6 decessi in più (ogni 100) rispetto alla media nazionale, in Basilicata, ed il suo migliore, pari a 1,2 decessi in meno, in Molise.

Anche per l'indicatore sulla mortalità a 30 giorni con Scopenso cardiaco congestizio, ad eccezione di Puglia e Basilicata, tutte le realtà del Sud presentano decessi superiori alla media nazionale; ai due estremi troviamo la P.A. di Trento, con 1,7 (ogni 100) decessi in meno della media nazionale, e il Molise

che invece ne presenta 1,9 in più (ogni 100).

Relativamente alle riammissioni a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio, si passa da un valore pari a 2,7 casi (ogni 100) in più rispetto alla media riscontrato nella P.A. di Bolzano, a 2,3 in meno (ogni 100) della Calabria.

Infine, per l'indicatore relativo alla mortalità a 30 giorni per interventi di riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale, sei Regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Toscana, Umbria e Marche), presentano esiti migliori della media nazionale; sono in fondo al *ranking* invece la Calabria e la Valle d'Aosta con rispettivamente 3,5 e 3,7 decessi in più (ogni 100) rispetto alla media nazionale (Figura 6.12.).

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

Le modalità di dimissione possono rappresentare una utile *proxy* nella misura della capacità di presa in carico sul territorio.

La proposizione si fonda sull'osservazione che la possibilità di percorsi post acuzie è evidentemente dipendente dall'offerta extra ospedaliera esistente.

A tal fine si è proceduto ad analizzare le modalità di dimissione dei pazienti rinveniente dalle Schede di Dimissione Ospedaliera.

Dalle elaborazioni effettuate, risulta che, in Italia, il 4,8% dei pazienti dimessi vivi non va al domicilio, accedendo a forme di assistenza intermedia, residenziale o domiciliare integrata: complessivamente si riscontra come il Nord-Est eccelle in capacità di presa in carico non ospedaliera (7,8%), seguito dal Nord-Ovest (6,6%); nel Centro e nel Sud tale "percorso" coinvolge invece meno del 4,0% dei dimessi: 3,2% e 2,1% rispettivamente. La P.A. di Trento risulta essere la realtà più virtuosa, con il 10,2% dei pazienti dimessi in strutture di post acuzie, seguita da quella di Bolzano, con il 9,9%, dalla Liguria (9,0%) e dal Piemonte (8,7%); la Campania risulta invece essere la realtà con la minore quota di pazienti dimessi coinvolti in un percorso post acuzie (0,6%), seguita dalla Calabria con lo 0,9% (Figura 6.13).

Il 72,4% dei pazienti che non vanno a domicilio

accedono a Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) o istituti di riabilitazione, il 5,7% all'ospedalizzazione domiciliare ed il 22,0% all'ADI. Il ricorso ad RSA o istituti di riabilitazione post ricovero in acuzie in Italia oscilla da un valore minimo del 67,1% nel Mezzogiorno, ad uno massimo del 79,7% del Nord-Est, con distribuzioni differenti tra le due tipologie. L'ospedalizzazione domiciliare sembra essere maggiormente utilizzata nel Centro del Paese (Figura 6.14.).

Analizzando il fenomeno per le diverse tipologie di ricovero si riscontra come, per i ricoveri in acuzie, il 4,5% dei dimessi vivi è dimesso in modalità diverse dal domicilio: il ricorso massimo si osserva nel Nord-Est del Paese con il 7,1% (la P.A. di Trento è la realtà col ricorso massimo pari all'11,0%), quello minimo al Sud, pari all'1,9% (in Campania si registro il ricorso minimo nazionale, pari allo 0,6%). Dai ricoveri in riabilitazione, il 5,0% dei pazienti non viene dimesso al domicilio: il ricorso massimo si riscontra nel Nord-Ovest con il 6,0%, quello minimo nel Sud con il 3,7%. Dai ricoveri in lungodegenza il 25,7% dei pazienti viene dimesso non al domicilio, con un ricorso minimo del 12,6% al Sud, e massimo del 34,4% nel Nord-Est.

Considerando solo le dimissioni verso residenze

o istituti di riabilitazione, osserviamo che in Trentino queste rappresentano il 9,1% delle dimissioni totali, un ricorso pari al triplo di quello medio nazionale (3,4%); il Nord-Est, che rappresenta a seguire la ripartizione con migliori risultati, ha un livello inferiore di un terzo a quello del Trentino (6,2%), cui seguono la Liguria con il 7,9%, e la P.A. di Bolzano con il 7,0%.

La quota di pazienti anziani dimessi nelle RSA è di fatto correlata all'offerta di posti letto nelle residenze: Sud e Isole hanno l'offerta più bassa di posti letto (11,0 posti letto ogni 1.000 anziani) e anche dei dimessi che vi accedono (1,1% dei dimessi anziani), segue il Centro con l'1,7% di dimessi anziani a fronte di 23,6 posti letto ogni 1.000 anziani; il Nord-Ovest con il 4,5% ed una offerta di 61,2 posti letto ogni 1.000 anziani ed il Nord-Est con il 6,9% di anziani dimessi in RSA a fronte di 57,7 posti letto.

Si noti ancora che i pazienti dimessi presso istituti di riabilitazione, a livello nazionale, hanno un'età media di 72 anni; il 40,6% di questi pazienti sono dimessi con una diagnosi principale afferente all'MDC "Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico", il 19,6% all'MDC "Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio", il 17,7% a "Malattie e disturbi del sistema nervoso".

Figura 6.13. Dimessi vivi in luoghi diversi dal domicilio per tipologia. Anno 2016

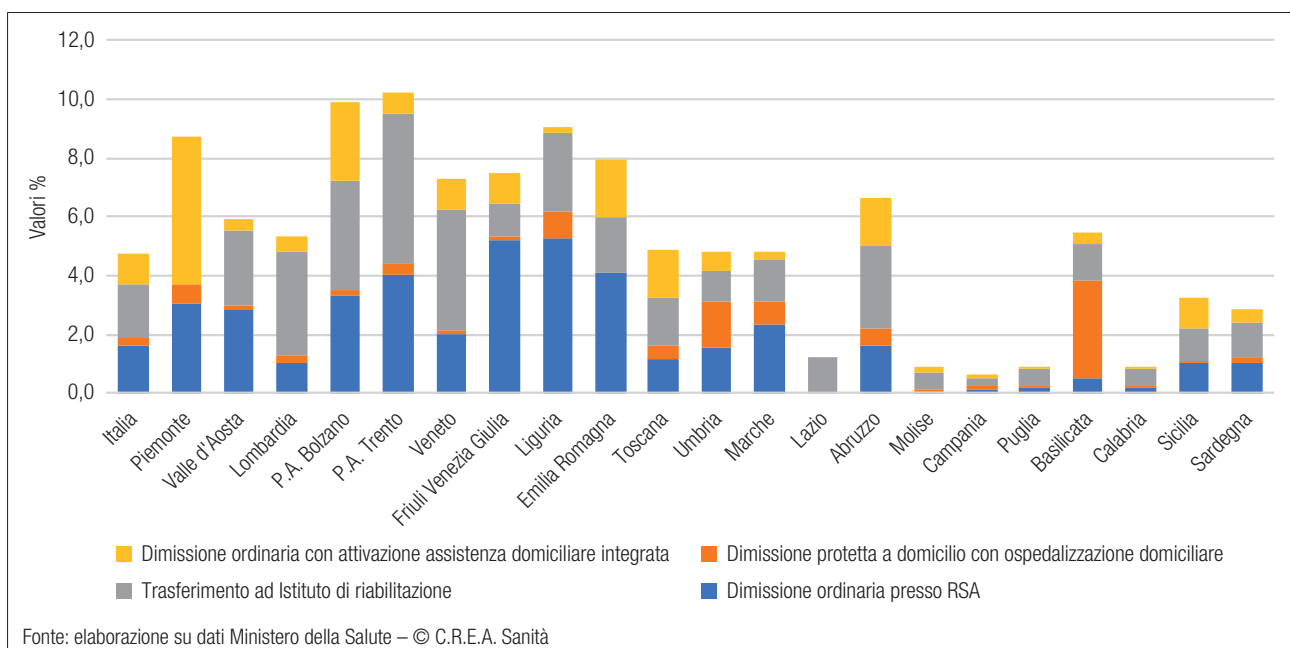
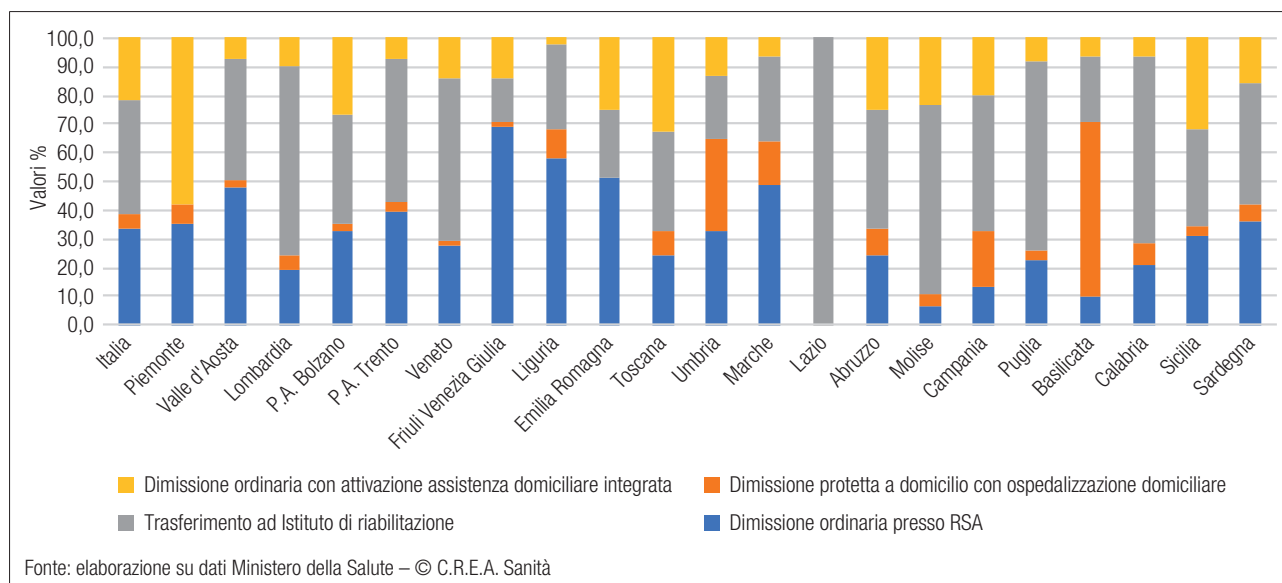


Figura 6.14. Distribuzione dimessi vivi in luoghi diversi dal domicilio per tipologia. Anno 2016



Tra le diverse Regioni non si riscontrano importanti differenze in termini di età, che oscilla da un valore minimo di 69 anni in Friuli Venezia Giulia e Marche, ad uno massimo di 73 anni in Emilia Romagna e Toscana; solo nella P.A. di Bolzano si riscontra un picco di età media pari a 77 anni.

In termini di diagnosi si osserva come, in cinque Regioni (Umbria, Molise, Campania, Puglia e Calabria) la diagnosi muscoloscheletrica cede il primo posto a quella neurologica, che copre rispettivamente il 32,0%, 43,0%, 29,0%, 38,0% e 37,0% della casistica regionale.

In otto Regioni, la casistica muscolo-scheletrica copre all'incirca il 50% dei casi: Valle d'Aosta (52,0%), P.A. di Bolzano (47,0%), Veneto (51,0%), Liguria (57,0%), Marche (46,0%), Lazio (48,0%), Abruzzo (50,0%) e Basilicata (51,0%); scende al 40% (circa) in Lombardia (38,2%), P.A. di Trento (43,4%), Toscana (34,8%), Sicilia (37,1%) e Sardegna (38,0%); nelle restanti Regioni, Friuli Venezia Giulia (28,3%) ed Emilia Romagna (31,6%), si ferma all'incirca al 30% della casistica totale regionale dei pazienti dimessi in istituti di riabilitazione.

In Lombardia, Trentino, Veneto, Liguria, Emilia Romagna e Calabria le malattie del sistema cardiocircolatorio rappresentano la seconda diagnosi per incidenza, con circa il 20% della casistica regionale

di questi pazienti.

Passando al "profilo" dei pazienti dimessi in RSA, si osserva una maggiore eterogeneità a livello regionale. Complessivamente l'età media di questi pazienti è pari a 79,3 anni e le prime quattro diagnosi alla dimissione appartengono alle categorie "Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico" (18,4% della casistica complessiva), "Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio" (18,0%), "Malattie e disturbi del sistema nervoso" (16,0%) e "Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio" (10,6%).

Si passa da un'età minima di 59,0 anni della Campania, ad una massima di 82,5 anni della Valle d'Aosta. Nelle realtà del Sud vengono dimessi in tali strutture pazienti mediamente più giovani (71,7 anni); in quelle del Nord e del Centro pazienti ultraottantenni.

In Friuli Venezia Giulia, Toscana, Basilicata e Sicilia il ricorso a queste strutture risulta maggiore (almeno di un terzo) per i pazienti con diagnosi dell'apparato muscolo-scheletrico, ad eccezione della Toscana dove il 26,7% della casistica di questi pazienti è associata ad una diagnosi dell'apparato respiratorio.

In tutte le realtà regionali circa il 10% della casistica di questi pazienti è associata a diagnosi di natura cardiocircolatoria, ad eccezione del Molise, unica realtà dove non è presente una casistica associata a questa diagnosi, ma è presente invece quella del-

le “Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie” (l’11,5% di pazienti).

In termini di discipline, a quelle indicate per la dimissione in istituti di riabilitazione, si aggiungono urologia e medicina generale.

Passando al “profilo” dei pazienti dimessi in ospedalizzazione domiciliare, in analogia con quanto emerso per le dimissioni in RSA, si riscontrano profili diversi nelle Regioni. Complessivamente l’età media di questi pazienti è pari a 62,2 anni e le prime quattro diagnosi alla dimissione appartengono alle categorie “Malattie e disturbi dell’apparato respiratorio” (13,8%), “Malattie e disturbi del sistema nervoso” (13,6%), “Malattie e disturbi dell’apparato digerente” (12,9%) e “Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico” (10,8%).

In Piemonte, P.A. di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Umbria, Sicilia e Sardegna, non si delinea un ricorso alla ospedalizzazione domiciliare per una specifica categoria diagnostica; nelle restanti Regioni l’ospedalizzazione domiciliare è, invece, destinata per oltre un terzo dei casi ad una specifica categoria diagnostica. In Basilicata il 45,8% delle dimissioni sono destinate a pazienti affetti da patologie dell’apparato digerente; in Molise, quasi la metà (46,2%) per patologie del sistema nervoso; nella P.A. di Trento, il 36,2% per “Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate”; in Puglia, un terzo dei casi sono associati a “Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico”; in Campania, oltre un quarto (26,1%), per malattie dell’apparato digerente.

Per quanto concerne il profilo dei pazienti dimessi in ADI si rimanda alle analisi contenute nel capitolo 11.

6.5. Conclusioni

I tassi di ospedalizzazione ordinaria in acuzie, italiani, sono fra i più bassi in Europa, malgrado essi dipendano dall’età e stante una età media della popolazione italiana più elevata.

Solo Spagna e Portogallo hanno livelli simili di ricorso alla degenza ospedaliera.

La riduzione dei ricoveri è stata significativa nell’ultimo decennio e generalizzata sia in termini di

tipologia (acuzie, riabilitazione, lungodegenza) sia di classi d’età.

Malgrado il limitato ricorso all’ospedalizzazione, che presumibilmente implica una casistica più severa e complessa, e nonostante l’età media della popolazione più elevata, la degenza media nelle strutture ospedaliere italiane è rimasta sostanzialmente stabile, su un livello medio (per i ricoveri ordinari in acuzie) rispetto agli altri Paesi EU: maggiore di Regno Unito e Spagna, ma significativamente minore di Germania e Francia.

Complessivamente si riducono le giornate di degenza erogate, facendo presagire che è in atto un processo di razionalizzazione dell’assistenza ospedaliera, che nel medio termine implica anche un risparmio finanziario per il SSN.

Malgrado la buona *Performance* complessiva, rimangono molti elementi di potenziale miglioramento nel settore.

Utilizzando i riferimenti contenuti nel D.M. n. 70/2015 e nel Piano Nazionale Esiti, è possibile mappare alcuni indicatori di appropriatezza ed esito ospedaliero.

Tra i requisiti relativi alle soglie minime di attività delle unità operative, nel 2016, tre (almeno 150 interventi annui di Carcinoma mammario, almeno 200 interventi/anno di *Bypass* aorto-coronarico e almeno il 15,0% di parti cesarei effettuati in maternità di I livello) sono ancora rispettati in meno della metà dei Centri (presenti in ogni Regione). Per i restanti requisiti, si arriva a circa la metà di Centri (di ogni Regione) adempienti; solo per l’indicatore relativo ai volumi di interventi per frattura di femore risultano adempienti oltre il 64,0% delle strutture nazionali.

In termini dinamici, il maggior “sforzo” di adeguamento alle indicazioni ministeriali si è riscontrato per tre indicatori: “Quota di strutture con più di 75 interventi annui per frattura del collo del femore”; “Quota di strutture con più di 250 interventi annui per angioplastica coronarica percutanea (PCA)” e la “Quota di strutture con almeno il 60,0% di interventi per fratture del collo del femore over 65 effettuati entro 48 ore”, che è passata dal 48,8% al 51,1%.

Sostanzialmente invariata è rimasta invece la quota dei Centri conformi a quanto previsto dai rima-

nenti requisiti.

Per quanto concerne la concentrazione degli interventi, già nel 2013 oltre il 92,0% degli interventi di frattura del femore venivano effettuati in strutture con una casistica annua di almeno 75 casi, ed oltre l'87,8% di PCA in strutture con almeno 250 casi annui; decisamente più bassa è la quota di parti cesarei effettuati in maternità di I livello (non oltre il 15,0% della casistica totale dei parti) e II livello (non oltre il 25,0% della casistica totale dei parti).

In termini di esiti ospedalieri, limitando l'analisi alle sole patologie cardiovascolari, che ricordiamo rappresentano la prima causa di morte, si riscontra come ci sia una contenuta variabilità regionale per la mortalità a 30 giorni per interventi di *Bypass* aorto-coronarico e per interventi di valvuloplastica o sostituzione di valvola cardiaca; le differenze tra le Regioni crescono progressivamente passando alla mortalità a 30 giorni per Infarto Miocardico Acuto, per scompenso cardiaco e alle riammissioni a 30 per scompenso cardiaco; la massima differenza tra le Regioni si riscontra in termini mortalità a 30 per riparazione di aneurisma, non rotto, dell'aorta addominale.

Infine, da un'analisi effettuata sulle modalità di dimissione, che possono rappresentare un utile *proxy* nella misura della capacità di presa in carico sul territorio, risulta che il 4,8% dei pazienti dimessi vivi non va al domicilio, accedendo a forme di assisten-

za intermedia, residenziale o domiciliare integrata: complessivamente si riscontra come il Nord-Est eccelle in capacità di presa in carico non ospedaliera (7,8%), seguito dal Nord-Ovest (6,6%); nel Centro e nel Sud tale "percorso" coinvolge invece meno del 4% dei dimessi.

Il 72,4% dei pazienti che non vanno a domicilio accedono a RSA o istituti di riabilitazione, il 5,7% all'ospedalizzazione domiciliare ed il 22,0% all'ADI. Il ricorso ad RSA o istituti di riabilitazione post ricovero in acuzie in Italia oscilla da un valore minimo del 67,1% nel Mezzogiorno, ad uno massimo del 79,7% del Nord-Est, con distribuzioni differenti tra le due tipologie. L'ospedalizzazione domiciliare sembra essere maggiormente utilizzata nel Centro del Paese.

Dall'analisi dei profili dei pazienti che accedono alle diverse forme di dimissione, si riscontra una sostanziale omogeneità tra le Regioni sono per quelli dimessi in istituti di riabilitazione, per le altre modalità si osservano invece importanti differenze in termini di età media, diagnosi, e discipline di dimissione.

Riferimenti bibliografici

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (anni vari), *Programma Nazionale Esiti*
 Ministero della Salute (anni vari), *Schede di Dimissione Ospedaliera*
 OECD (2018), OECD.Stat

ENGLISH SUMMARY

Hospital care: evolution, efficiency, appropriateness and outcomes

The evolution of hospital care in Italy, has been analysed by drawing a comparison with that of the European Union's Member States and assessing the efficiency of the system, its outcomes and the appropriateness of the services provided.

The Italian rates of ordinary hospitalization for acute conditions are among the lowest in Europe, despite a high average age of the population. Only Spain and Portugal have comparable levels of recourse to hospitalization.

This result has been achieved with a very significant reduction in hospitalizations occurred over the last decade, both for acute conditions as well as for rehabilitation and long-term care, and also for all age groups.

The average hospital stay has remained substantially stable, at an average rate of 6.7 days (for ordinary hospitalizations in acute conditions), which is longer than the one recorded in the United Kingdom and Spain, but significantly shorter than in Germany and France.

Overall, the days of hospitalization in relation to the population have decreased, thus suggesting that a process for streamlining and rationalizing hospital care is under way, which, in the medium term, also implies financial savings for the NHS.

Despite the good overall Performance, there is potentially much room for further improving the sector.

Using the references included in Ministerial Decree No. 70/2015 and in the National Outcome Plan, some indicators of appropriateness and hospital outcomes can be identified and mapped.

In 2016, the requirements relating to the minimum activity thresholds of the operating units. includes three of them (i.e. at least 150 annual breast cancer surgeries; at least 200 coronary artery Bypass

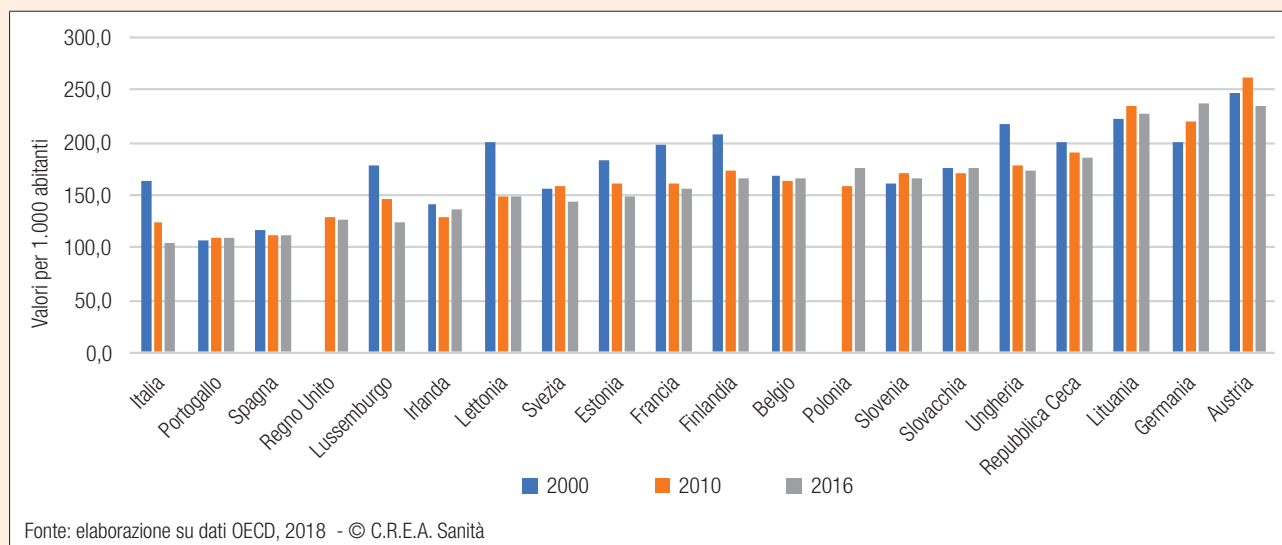
graft surgeries per year and at least 15% Caesarean sections performed in first-level maternity hospitals and wards) which are still met in less than 50% of the Centres (present in each Region). As to the remaining requirements, almost half of the Centres (in each Region) do not meet them. Over 64% of national structures do not meet the requirement relating to the number of femur fracture repair surgeries.

The greatest "effort" to adapt to the Ministerial guidelines has been made for the indicators relating to the yearly number of femoral neck fracture repair surgeries, percutaneous coronary interventions (PCI) and femur neck fracture repair surgeries performed within 48 hours in the over-65 patients.

In terms of hospital outcomes, while confining the analysis only to cardiovascular diseases - which are the first cause of death - there is a limited regional variability in the 30-day mortality rates for coronary artery Bypass surgery and for heart valve replacement surgery. The differences between Regions gradually increase when we consider the 30-day mortality rate due to Acute Myocardial Infarction (AMI) and heart failure, as well as the 30-day readmission rates for patients with heart failure. The greatest difference between the Regions is recorded in the 30-day mortality rate for abdominal aortic aneurysm repair surgeries.

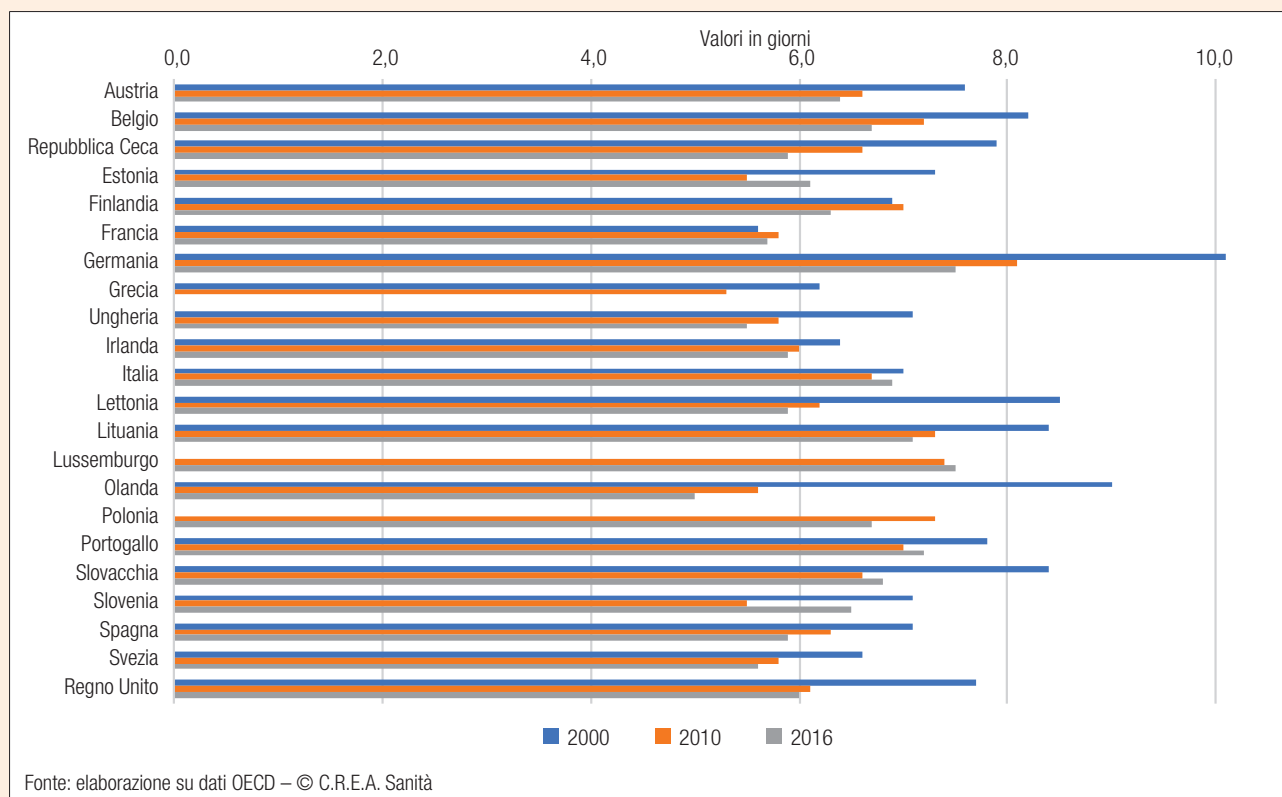
Finally, an analysis made on the discharge modalities - which can be a useful proxy when measuring the ability to take care of patients at local level - has shown that 4.8% of the patients discharged do not go back home and have access to forms of intermediate, residential or integrated home care. Overall, the North East excels in the ability to take care of patients at territorial level, while this is still a poorly developed option in Central and Southern Italy.

KI 6.1. Tassi di ospedalizzazione ordinaria in acuzie



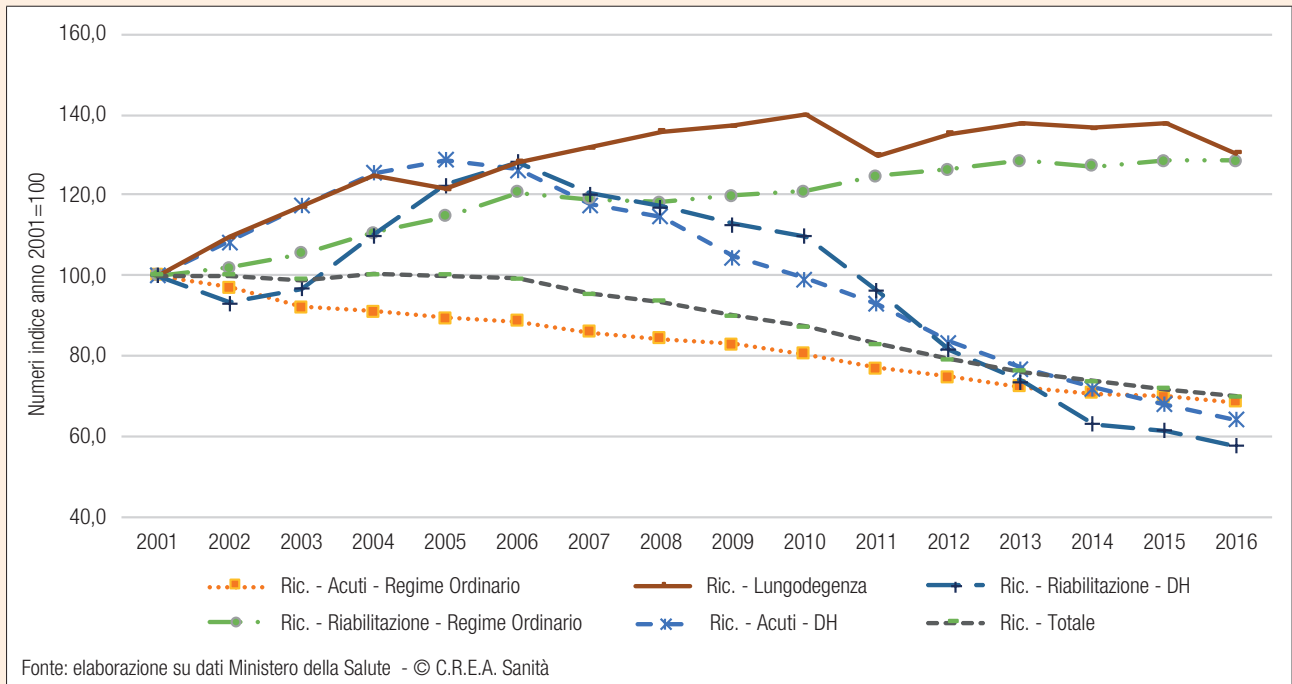
Il tasso di ospedalizzazione in acuzie in Italia, nel 2016, è il più basso tra i Paesi EU di cui OECD fornisce il dato, avendo anche registrato la maggiore riduzione a livello europeo rispetto al 2000 (103,7 ricoveri ogni 1.000 abitanti nel 2016, contro 163,3 nel 2000). In Germania, per confronto, il valore è di 236,6 ricoveri ogni 1.000 abitanti, seguita dall'Austria con 235,0 ricoveri e dalla Lituania (226,5). In tutti i Paesi si è registrata una diminuzione del tasso di ospedalizzazione, tranne Portogallo, Slovenia, Slovacchia, Lituania e Germania.

KI 6.2. Degenza media ordinaria in acuzie



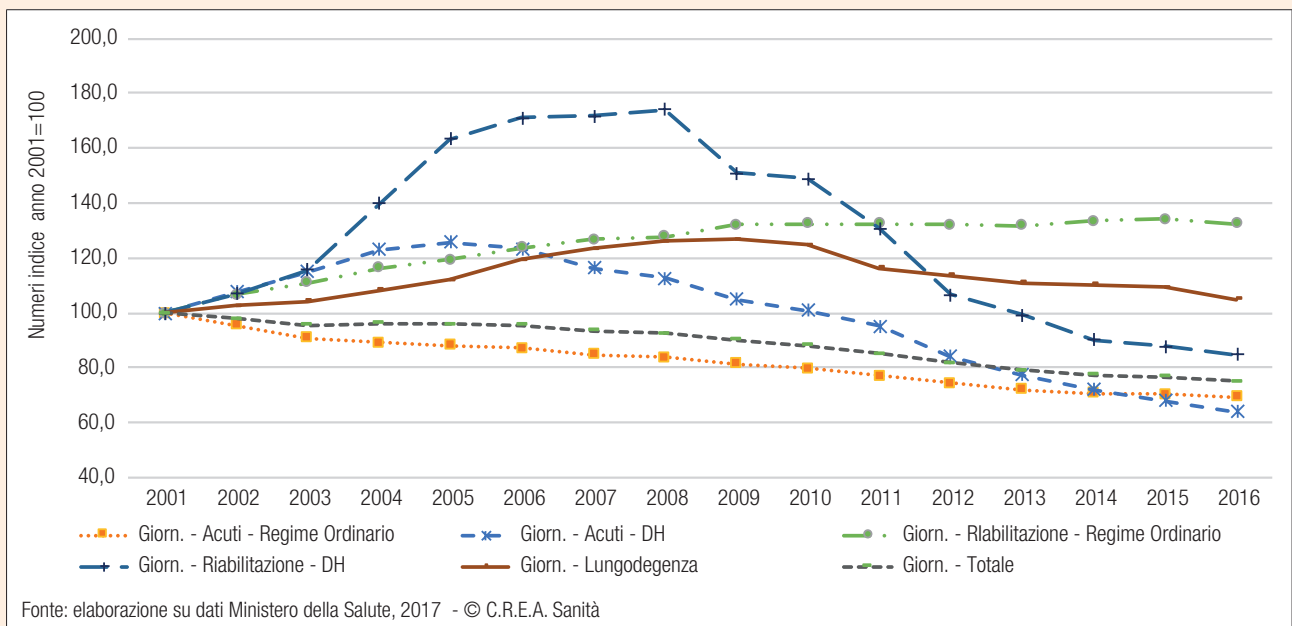
La degenza media in acuzie ordinaria nel 2016 è piuttosto omogenea tra i Paesi EU di cui OECD fornisce il dato. Rispetto al 2000, la riduzione in Italia è stata mediamente inferiore a quella degli altri Paesi. Nel nostro Paese si registra nel 2016 un valore pari a 6,9 giorni, contro i 7,0 del 2000. La degenza media più elevata si registra in Germania (7,5 contro 10,1 del 2000), la più bassa in Olanda (5,0 contro 9,0 del 2000). Negli ultimi 15 anni in tutti i Paesi considerati si è registrato una diminuzione dell'indicatore, tranne in Francia (+1,8%).

KI 6.3. Trend dei ricoveri in Italia per tipo di attività e regime



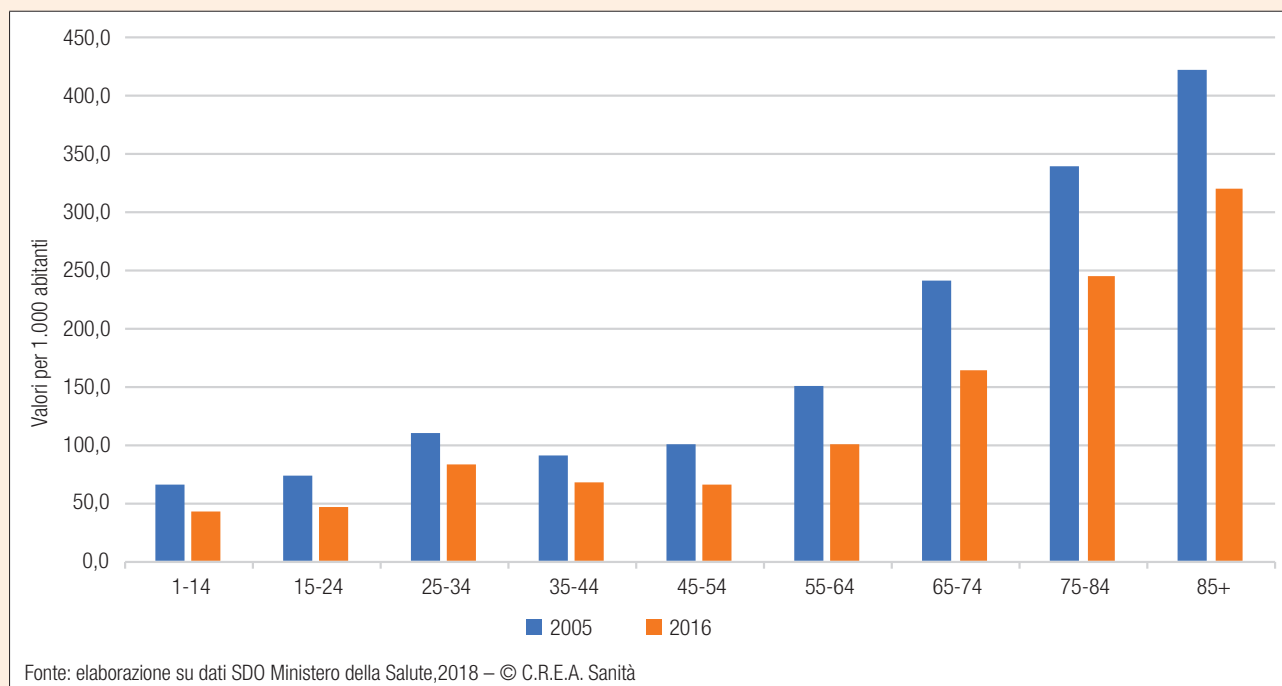
Dal 2001 al 2016 si è realizzata una contrazione del 30,0% dei ricoveri, pari ad una riduzione media annua del 2,4%: da quasi 12,9 milioni di ricoveri nel 2001 a circa 9,1 milioni nel 2016. La riduzione ha coinvolto tutti i tipi di attività di ricovero, ad eccezione della lungodegenza (+30,0%) e della riabilitazione in regime ordinario (+28,6%). Si sono ridotti in maggior misura i ricoveri diurni in riabilitazione con una variazione media annua del 3,6%, seguiti da quelli in acuto, con una riduzione media annua del 2,9% per il regime diurno e del -2,5% per quello ordinario.

KI 6.4. Trend giornate di degenza in Italia per tipo di attività e regime



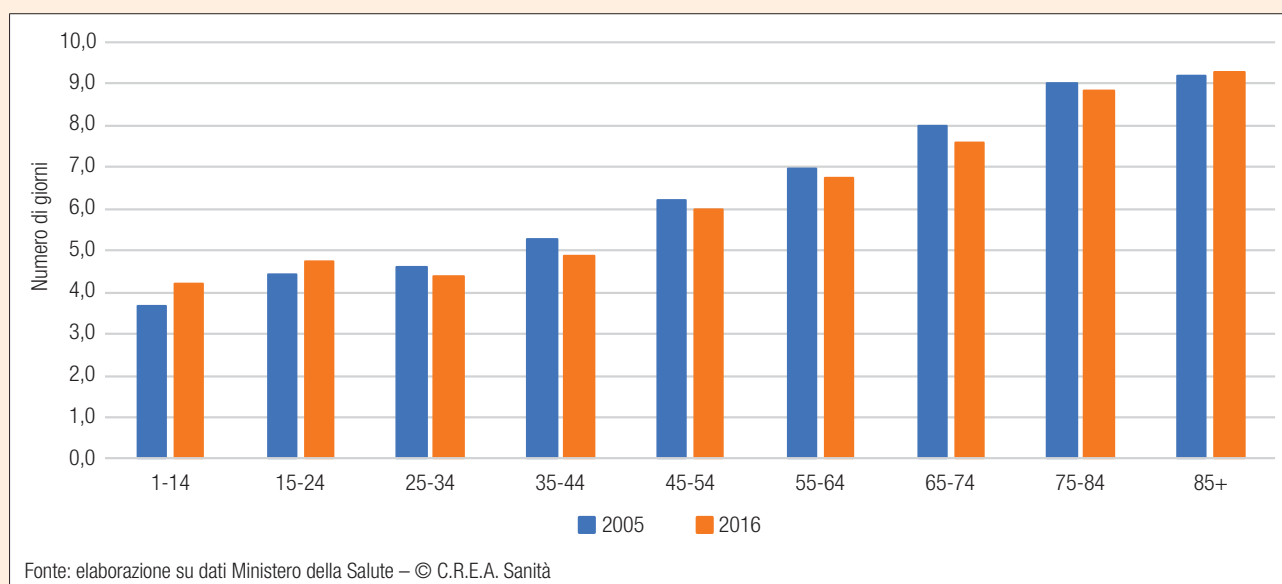
Dal 2001 al 2016 le giornate di degenza si sono contratte del 24,9%, con una riduzione media annua dell'1,9%: in termini assoluti si è passati da circa 81,4 milioni di giornate nel 2001 a circa 61,2 milioni nel 2016. Le giornate in riabilitazione in regime ordinario e lungodegenza registrano un aumento medio annuo rispettivamente del +1,9% e +0,3%; nelle restanti tipologie la riduzione passa da un valore massimo del -2,9% annuo per gli accessi diurni in acuzie ad uno minimo del -1,1% per quelli diurni in riabilitazione.

KI 6.5. Tasso di ospedalizzazione ordinaria in acuzie, per età



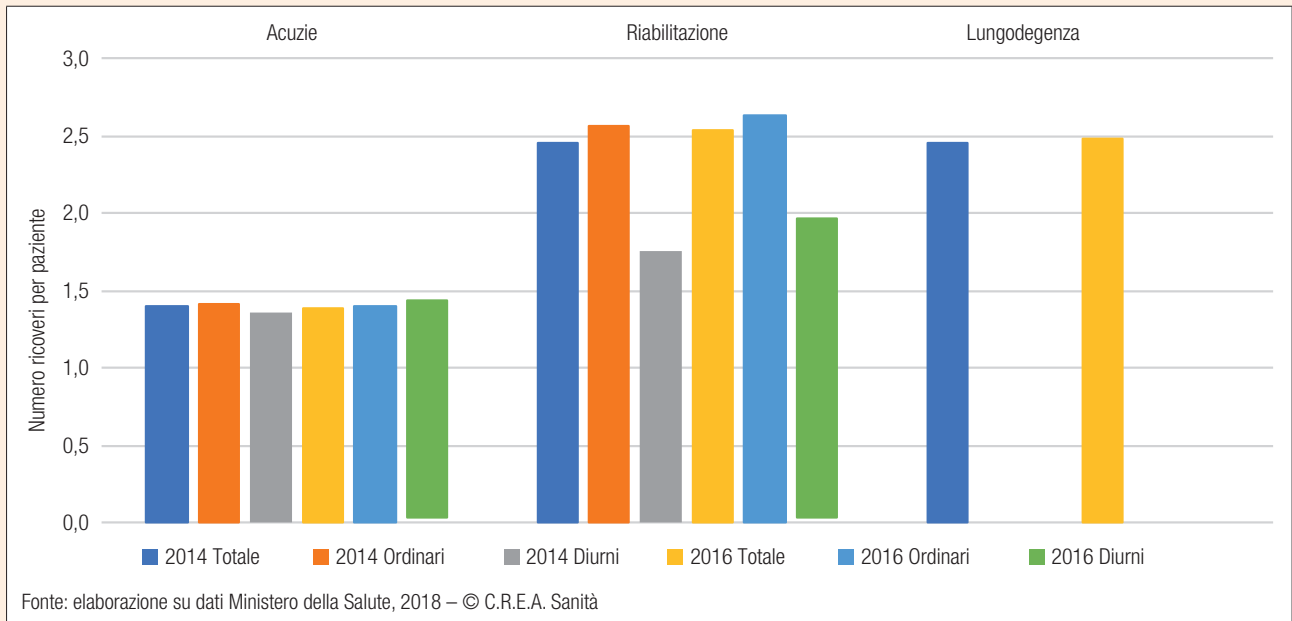
I ricoveri in acuzie per abitante aumentano con l'età, registrando il suo valore minimo nella fascia 1-14 anni (69,3 per 1.000 abitanti) ed il massimo negli *over 85* (345,6). Il tasso di ospedalizzazione per i ricoveri in regime ordinario in acuzie ha registrato una riduzione rilevante in tutte le fasce di età, comprese quelle più avanzate. Nell'ultimo decennio la riduzione più rilevante (-37,0%) ha interessato la popolazione più giovane (fino ai 24 anni); per la popolazione più anziana (*over 75*) si è registrata la riduzione più contenuta (-26,0%).

KI 6.6. Degenza media ordinaria in acuzie



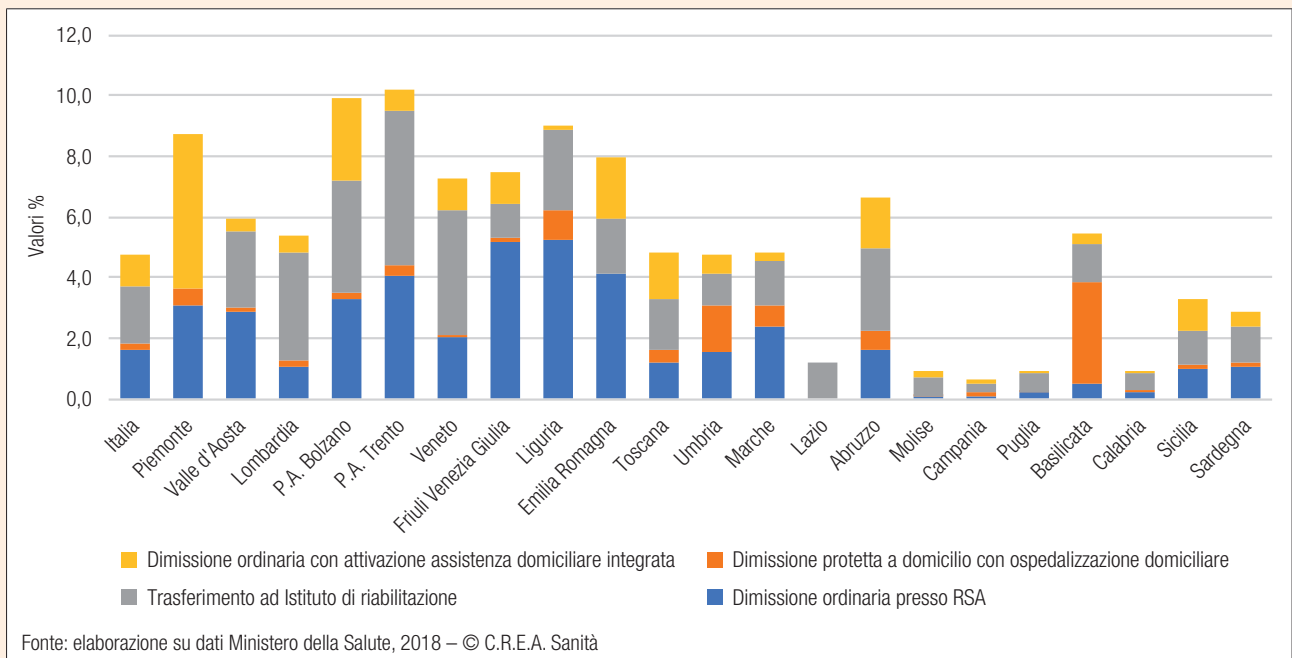
La degenza media è crescente con l'età e nell'ultimo decennio è rimasta sostanzialmente invariata, con una diminuzione inferiore al punto percentuale per i ricoveri ordinari e un altrettanto lieve (sempre inferiore al punto percentuale) aumento degli accessi diurni. In acuzie il livello è di 6,7 giornate medie di degenza ordinaria e 2,7 accessi diurni; in riabilitazione diventano rispettivamente 26,0 e 14,8; e in lungodegenza 28,2. Quella relativa ai soli ricoveri ordinari in acuzie è diminuita dell'1,1%, ed in tutte le fasce di età, con l'eccezione degli *over 85* (+0,9%) e dei più giovani fino a 24 anni: +14,8% nella fascia 1-14 anni e +7,1% in quella 15-24 anni.

KI 6.7 Ricoveri per paziente



Nell'ultimo triennio non si registrano variazioni di rilievo nel numero di ricoveri annui per singolo paziente: per le acuzie si oscilla da un minimo di 1,2 ad un massimo di 1,5 ricoveri per paziente, con un aumento progressivo con l'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 6.8. Quota pazienti dimessi vivi, per modalità di dimissione. Anno 2016



Nel 2016, in Italia sono il 4,8% i pazienti dimessi vivi non a domicilio, che accedono a forme di assistenza intermedia, residenziale o domiciliare integrata. Il Nord-Est arriva al 7,8%, seguito dal Nord-Ovest (6,6%), dal Centro (3,2%) e dal Sud (3,1%). La P.A. di Trento risulta essere la realtà più virtuosa, con il 10,2% dei pazienti dimessi in strutture di post acuzie, seguita da quella di Bolzano con il 9,9%, dalla Liguria (9,0%) e dal Piemonte (8,7%); la Campania risulta invece essere la realtà con la minore quota di pazienti dimessi coinvolti in un percorso post acuzie (0,6%), seguita dalla Calabria con lo 0,9%.