



Ministero della Salute

RAPPORTO SULL'ATTIVITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO

DATI SDO ANNO 2017

Il Decreto Ministeriale 7 dicembre 2016, n. 261 *“Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera”* ha notevolmente ampliato il contenuto informativo del flusso SDO, con l'introduzione di numerose nuove variabili a partire dall'anno 2017.

Le nuove variabili raccolgono importanti informazioni sia di carattere amministrativo/organizzativo, sia di carattere clinico; in particolare, fra le nuove informazioni disponibili nella banca dati a partire dal flusso 2017 troviamo:

- Unità operativa di ammissione, unità operative di trasferimento interno/esterno e data/ora trasferimento;
- Rilevazione della presenza di una diagnosi già al momento dell'ammissione del paziente;
- Ora di ricovero e ora di dimissione;
- Ora inizio intervento principale, data e ora inizio interventi secondari;
- Identificativi dei chirurghi e degli anestesisti che hanno effettuato le procedure chirurgiche;
- Ampliamento del numero di interventi secondari rilevati nella scheda di dimissione ospedaliera;
- Interventi in service;
- Rilevazione del dolore, stadiazione condensata, pressione arteriosa sistolica, creatinina serica, frazione di eiezione, lateralità;

Le nuove informazioni rilevate consentiranno analisi più dettagliate sull'appropriatezza organizzativa e clinica dell'assistenza sanitaria erogata nel setting ospedaliero, di definire con maggior precisione i percorsi diagnostico/terapeutici nel corso degli episodi di ricovero, nonché di valutare meglio la complessità della casistica, effettuare analisi di risk adjustment per le valutazioni di efficacia e di esito e valutare la correlazione fra esiti e volume di procedure per singolo operatore (chirurgo/anestesista).

Dai dati delle schede di dimissione ospedaliera relative all'anno 2017 si osserva **una generale diminuzione del volume di attività erogata**: il numero complessivo di dimissioni per Acuti, Riabilitazione e Lungodegenza si riduce di circa il 2%; anche il corrispondente volume complessivo di giornate mostra una analoga riduzione di circa il 2%. Più nel dettaglio, la riduzione più consistente si osserva per l'attività per Acuti in regime diurno (dimissioni -6,7%, giornate -13,1%), poi per la lungodegenza (dimissioni -5,4%, giornate -17,5%) e per la Riabilitazione in regime diurno (dimissioni -4,6%, giornate -3,1%) (cfr. Tabella 1).



Ministero della Salute

ATTIVITÀ	DIMISSIONI			GIORNATE / ACCESSI		
	2016	2017	var %	2016	2017	var %
Acuti - Regime ordinario	6.286.272	6.255.055	-0,5	43.160.653	43.342.042	0,4
Acuti - Regime diurno	1.951.015	1.820.536	-6,7	5.348.182	4.647.249	-13,1
Riabilitazione - Regime ordinario	318.359	315.955	-0,8	8.213.676	8.057.699	-1,9
Riabilitazione - Regime diurno	31.931	30.450	-4,6	471.111	456.716	-3,1
Lungodegenza	104.794	99.118	-5,4	2.890.779	2.385.927	-17,5
TOTALE	8.692.371	8.521.114	-2,0	60.084.401	58.889.633	-2,0

Tabella 1 – distribuzione delle dimissioni e delle giornate per tipo attività e regime di ricovero – confronto anni 2016-2017

Rispetto al 2016, nel 2017 il **tasso di ospedalizzazione per Acuti, standardizzato per età e sesso in Italia si riduce da 126 a 123,2 dimissioni per 1.000 abitanti**, suddiviso in 94,2 dimissioni (per 1.000 abitanti) in regime ordinario e 29 in regime diurno (nell'anno precedente i valori erano, rispettivamente, 95 e 31 dimissioni per 1.000 abitanti); si osserva, inoltre, una discreta variabilità regionale, come illustrato nel grafico seguente:

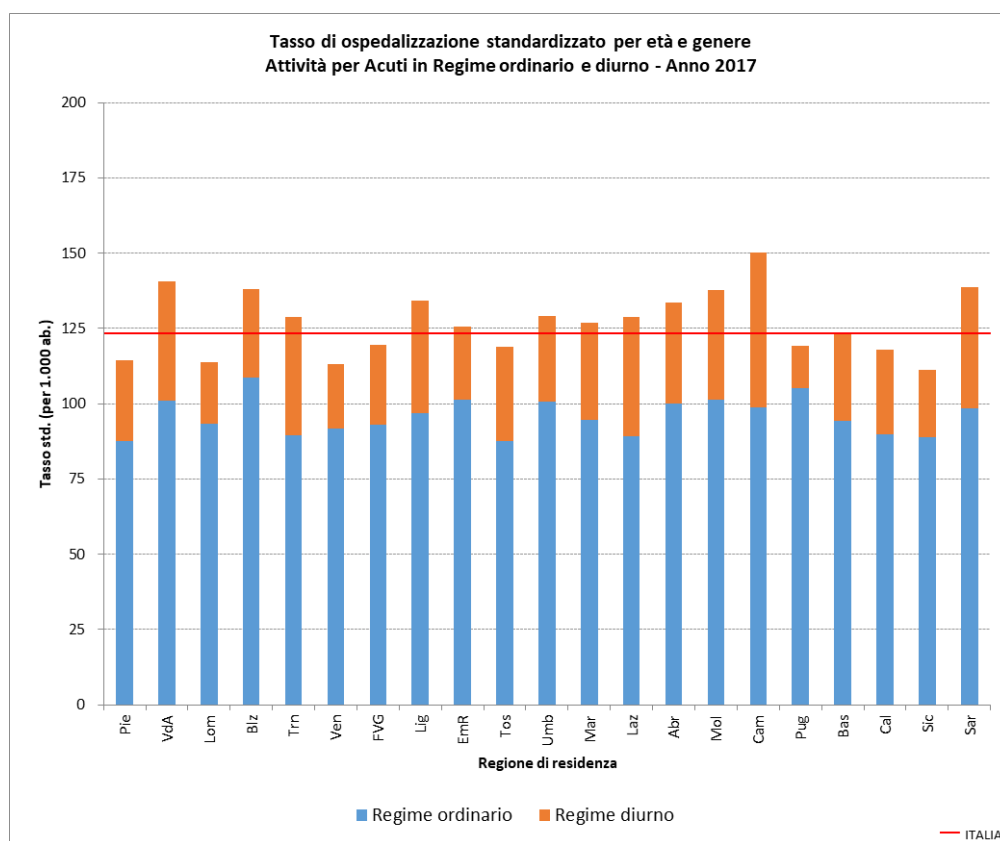


Grafico 1 - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per età e genere) per 1.000 abitanti - Attività per Acuti in Regime ordinario e diurno - Anno 2017



Ministero della Salute

Il trend del tasso di ospedalizzazione, standardizzato per età e sesso e mostra un andamento decrescente, che interessa sostanzialmente l'attività per Acuti, sia in regime ordinario che diurno, che passano, rispettivamente, da 115,8 e 48,8 per mille abitanti nel 2010 a 94 e 29 nel 2017. **Il tasso di ospedalizzazione complessivo si riduce da 171,9 per mille abitanti nel 2010 a 129,4 nel 2017** (cfr. Grafico 2).

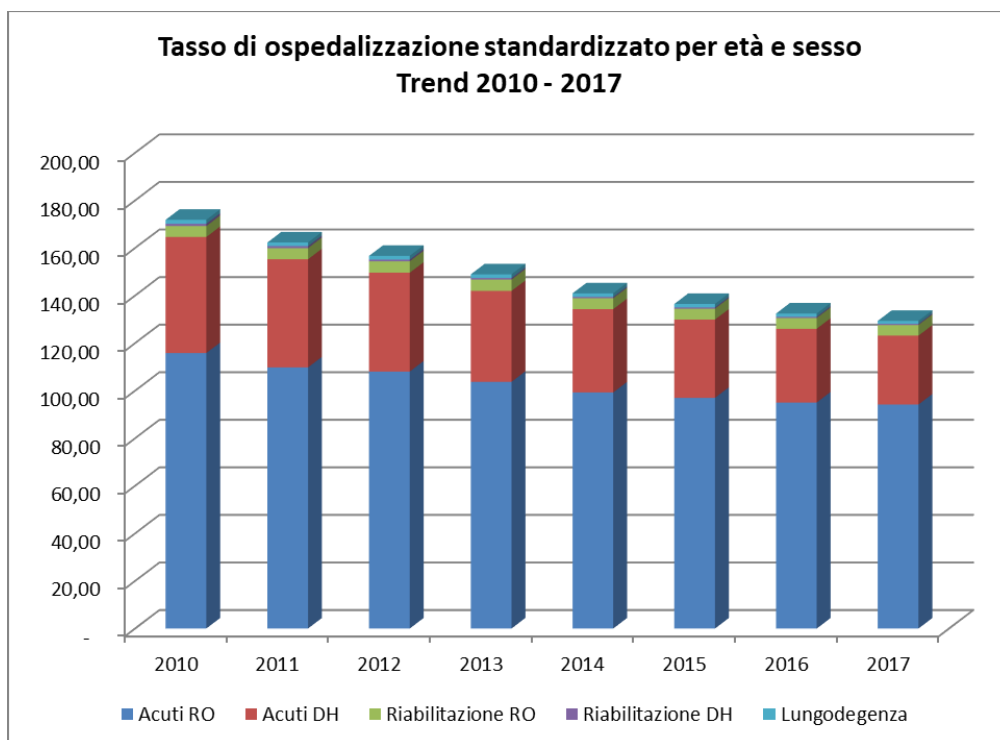


Grafico 2 - Trend del Tasso di ospedalizzazione per tipo attività e regime di ricovero, standardizzato per età e sesso – Anni 2010 - 2017

L'appropriatezza del setting assistenziale del ricovero ospedaliero migliora ulteriormente, come indica l'andamento dei ricoveri afferenti ai DRG a rischio di inappropriatezza se erogati in Regime di ricovero ordinario¹: in particolare, confrontando i dati dell'anno 2017 con quelli dell'anno precedente, si osserva un aumento della percentuale di regime diurno in 33 dei 108 DRG a rischio inappropriatezza; inoltre, fra i restanti 75 DRG, ulteriori 41 DRG, pur presentando una quota di regime diurno inferiore rispetto al 2016, sono caratterizzati da una riduzione del volume di ricoveri ordinari: in media la riduzione osservata è pari a 6,8%; infine, si può osservare che 80 DRG mostrano una riduzione del numero totale di ricoveri erogati rispetto all'anno precedente. Presumibilmente ciò sta ad indicare il trasferimento della casistica dal setting ospedaliero al setting ambulatoriale: il numero totale di ricoveri afferenti ai 108 DRG a rischio inappropriatezza si riduce di circa il 6,3%, passando da 2.314.129 unità a 2.167.274 unità.

¹ Per la lista dei DRG a rischio inappropriatezza se erogati in modalità di ricovero ordinario si guardi il Patto per la Salute 2010-2012 e Patto per la Salute 2014-2016.



Ministero della Salute

Complessivamente, quindi, **per i 108 DRG LEA si osserva una significativa deospedalizzazione, con un miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e dell'efficienza nell'uso delle risorse ospedaliere.**

Per quanto attiene la **mobilità interregionale**, la percentuale di ricoveri in mobilità per ciascun tipo di attività e regime di ricovero, pur con qualche leggera variazione, si mantiene sostanzialmente costante, rispettivamente, nell'intorno del 8% per l'attività per Acuti in regime ordinario e diurno, del 15% per l'attività di riabilitazione in regime ordinario, del 10% per l'attività di riabilitazione in regime diurno, e del 5% per l'attività di lungodegenza.

Più in dettaglio, si osserva che dal 2010 al 2017 la mobilità per Acuti in regime ordinario passa da 7,4% a 8,3%, mentre in regime diurno passa da 7,4% a 9,3%, la mobilità per riabilitazione in regime ordinario passa dal 14,7% al 16,4%, quella in regime diurno è pari al 9,2% nel 2010, tocca un massimo di 11,8% nel 2012 e si attesta al 9,8% nel 2017. Infine, la mobilità per lungodegenza è pari al 4,7% nel 2010 e, con piccole oscillazioni, si attesta al 5,2% nel 2017 (cfr. Grafico .3).

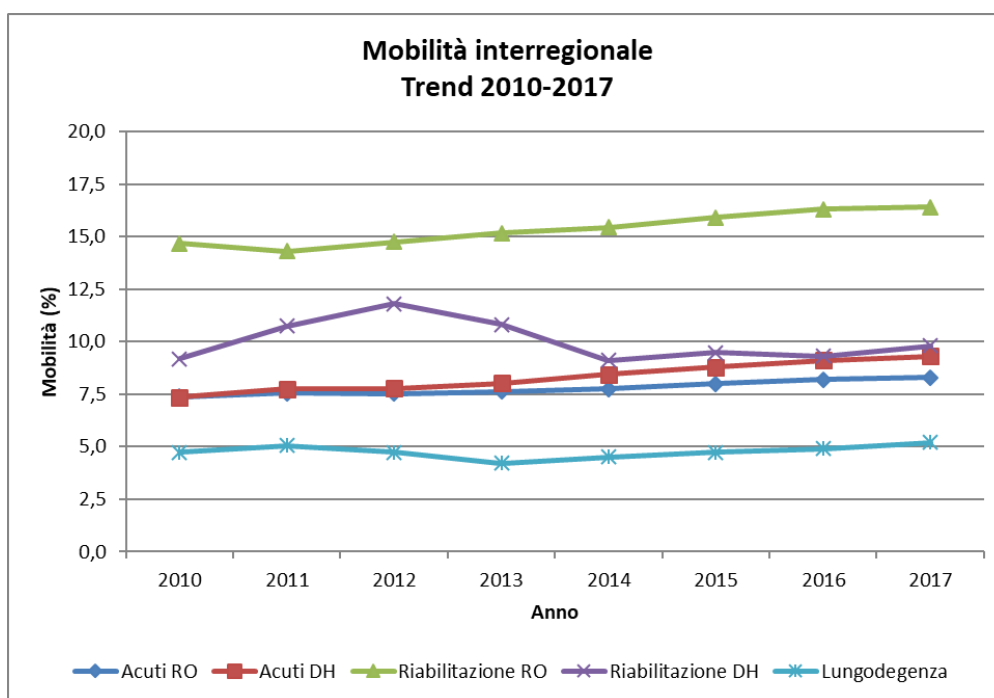


Grafico 3 - Trend mobilità interregionale per tipo attività e regime di ricovero – Anni 2010-2017



Ministero della Salute

Il Grafico 4, riportato nella pagina seguente, mostra il confronto fra indice di fuga (riportato sull'asse delle ascisse) e indice di attrazione.² (riportato sull'asse delle ordinate) relativo all'attività per Acuti in regime ordinario erogata nell'anno 2017.

Entrambi questi indicatori possono essere interpretati come misura proxy della qualità (reale o percepita) dell'assistenza sanitaria erogata in una data regione: un elevato indice di fuga potrà essere dovuta a carenze dell'offerta assistenziale, mentre un elevato indice di attrazione potrà essere dovuto alla presenza di centri di eccellenza per particolari patologie, o più in generale ad una assistenza sanitaria ritenuta qualitativamente migliore (ad esempio, in termini di efficacia, di tempi di attesa etc.) .

Tuttavia, occorre tenere presente del fenomeno della "mobilità di confine", in base al quale la popolazione che risiede in prossimità del confine con un'altra regione tende comunque ad effettuare prestazioni sanitarie al di fuori della propria regione per motivi che esulano dalla qualità e dall'offerta assistenziale disponibile.

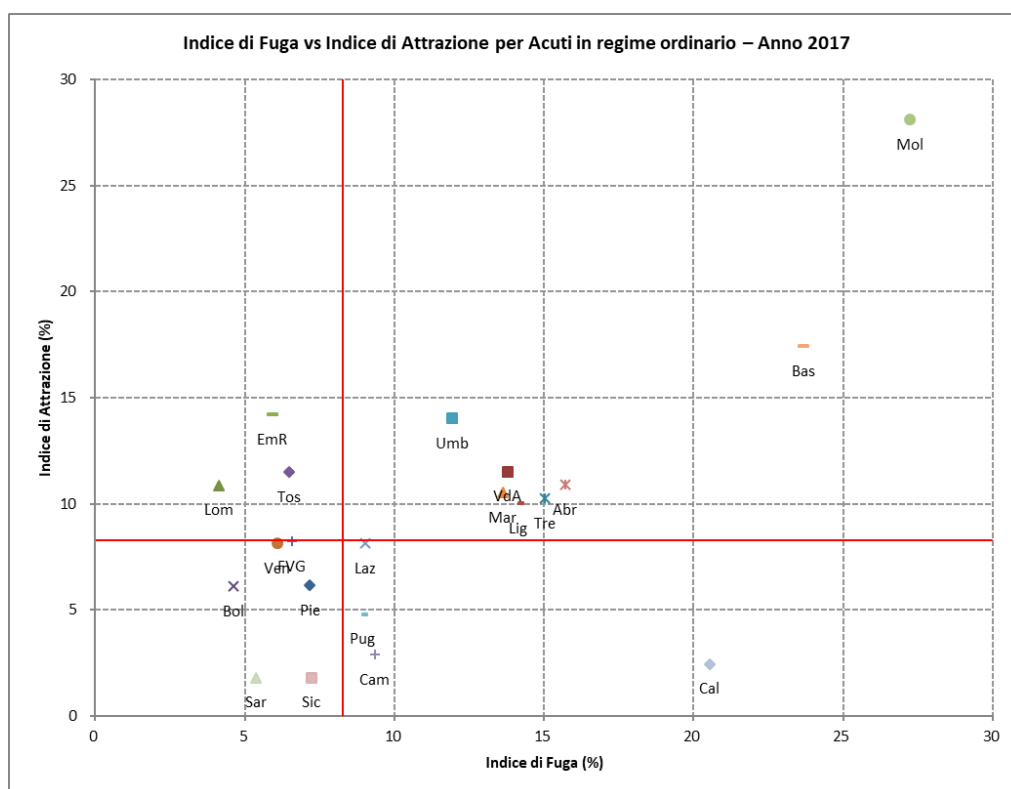


Grafico 4 - Confronto Indice di Fuga vs Indice di Attrazione per Acuti in regime ordinario – Anno 2017

² L'indice di fuga quantifica la propensione della popolazione ad allontanarsi dalla propria Regione per usufruire delle prestazioni richieste, ed è calcolato come rapporto fra il numero di dimissioni di pazienti residenti nella Regione, effettuate nel resto del territorio nazionale ed il totale dei ricoveri di residenti nella Regione effettuati su tutto il territorio nazionale; sono esclusi dal calcolo i cittadini stranieri e di nazionalità sconosciuta.

L'indice di attrazione, al contrario, misura la capacità di una Regione di attirare pazienti da altre Regioni, ed è calcolato come rapporto fra il numero di dimissioni di pazienti non residenti nella Regione ed il totale dei ricoveri effettuati nella Regione; dal calcolo sono esclusi i cittadini stranieri e di nazionalità sconosciuta.



Ministero della Salute

Il Grafico 5 mostra il confronto fra Indice Comparativo di Performance (ICP) e l'Indice di Case-Mix (ICM)³. La lettura congiunta di ICM e ICP tramite un grafico a quattro quadranti risulta particolarmente significativa: nel grafico precedente, i valori dell'Indice di Case-Mix sono riportati sull'asse delle ascisse, mentre l'Indice Comparativo di Performance su quello delle ordinate. I due quadranti superiori (ICP > 1) sono caratterizzati da una degenza media standardizzata superiore allo standard di riferimento, mentre i due quadranti a destra (ICM > 1) individuano una maggiore complessità della casistica.

Pertanto, il quadrante inferiore destro (ICM > 1, ICP < 1) individua gli erogatori ad alta efficienza, caratterizzati da una casistica ad alta complessità ed una degenza più breve dello standard; in questo quadrante si collocano: Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Abruzzo.

Il quadrante superiore destro (ICM > 1, ICP > 1) individua quegli erogatori in cui la maggiore durata della degenza è ragionevolmente imputabile alla maggiore complessità e non ad inefficienza organizzativa; in questo quadrante si collocano: Piemonte, Lombardia, Friuli V.G., Liguria, Marche, Molise.

Il quadrante inferiore sinistro (ICM < 1, ICP < 1) rappresenta l'area in cui la minore degenza media non è dovuta ad alta efficienza organizzativa ma ad una casistica meno complessa; in questo caso, troviamo Puglia, Basilicata, Calabria.

Infine, il quadrante superiore sinistro (ICM < 1, ICP > 1) individua quegli erogatori in cui la durata della degenza è più alta nonostante la complessità della casistica sia più bassa rispetto allo standard, ed è probabilmente riconducibile ad inefficienza organizzativa. In questo quadrante osserviamo Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Veneto, Lazio, Campania, Sicilia, Sardegna.

Naturalmente, occorre utilizzare cautela nell'interpretazione, soprattutto quando i valori degli indicatori sono molto prossimi all'unità.

³ L'Indice Comparativo di Performance viene calcolato come rapporto fra la degenza media standardizzata per case-mix di un dato erogatore e la degenza media dello standard di riferimento impiegato per la standardizzazione (valore nazionale) e consente di confrontare l'efficacia dei diversi erogatori rispetto allo standard: valori dell'indicatore al di sopra dell'unità indicano una efficienza inferiore rispetto allo standard (poiché a parità di casistica la degenza è più lunga), mentre valori al di sotto dell'unità rispecchiano una efficienza superiore rispetto allo standard di riferimento (poiché la degenza è più breve).

L'Indice di Case-Mix, invece, offre uno strumento di confronto per la diversa complessità della casistica trattata, ed è calcolato come rapporto fra il peso medio del ricovero di un dato erogatore ed il peso medio del ricovero nella casistica standard (nazionale). In questo caso, valori superiori all'unità indicano una casistica di complessità più elevata rispetto allo standard, mentre valori inferiori all'unità rappresentano una complessità minore.



Ministero della Salute

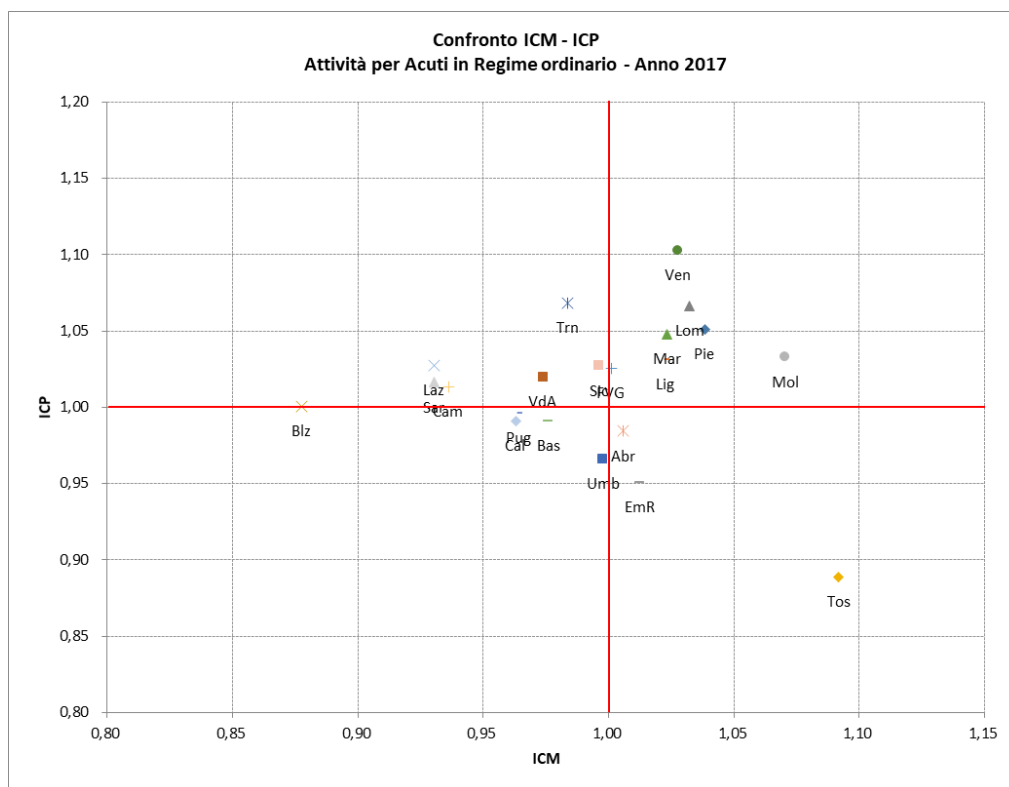


Grafico 5 – Confronto ICM e ICP - Anno 2017

Il Grafico 6 mostra il trend della **remunerazione teorica** delle prestazioni di ricovero ospedaliero a carico del S.S.N. negli anni 2010 – 2017, raggruppate secondo il sistema di classificazione DRG versione 24, per tipo attività e regime di ricovero, stimata sulla base delle tariffe di riferimento nazionali stabilite nel D.M.18/10/2012 (per il calcolo della remunerazione delle giornate di degenza oltre soglia sono state utilizzate le soglie DRG v.24 ex D.M. 18/12/2008. Sono stati considerati i ricoveri in istituti pubblici e privati accreditati, esclusi i solventi).⁴

Nel corso degli otto anni osservati, si registra la graduale riduzione dell'ammontare complessivo della remunerazione teorica - la cui composizione è determinata prevalentemente dalla componente Acuti in regime ordinario e a seguire, dalle componenti Acuti in regime diurno e Riabilitazione in regime ordinario -, che passa da 30,9 miliardi di Euro nel 2010 a 28,2 miliardi nel 2017.

In particolare si osserva una diminuzione della remunerazione totale di circa l' 1,3% fra il 2016 ed il 2017, la cui remunerazione teorica complessiva è determinata per 25,8 miliardi di Euro dall'attività per Acuti (di cui 23,5 in regime ordinario e 2,3 in regime diurno), per circa 2 miliardi di Euro dall'attività di Riabilitazione (di cui 1,9 miliardi in regime ordinario e 88,8 milioni in regime diurno) e per circa 354,3 milioni di Euro dall'attività di Lungodegenza, per un totale di circa **28,2 miliardi di Euro**.

⁴ I valori riportati, essendo basati sulle tariffe nazionali ex D.M. 18/10/2012, potrebbero non coincidere con i costi effettivamente sostenuti dalle Regioni per l'assistenza ospedaliera in base a tariffari regionali.



Ministero della Salute

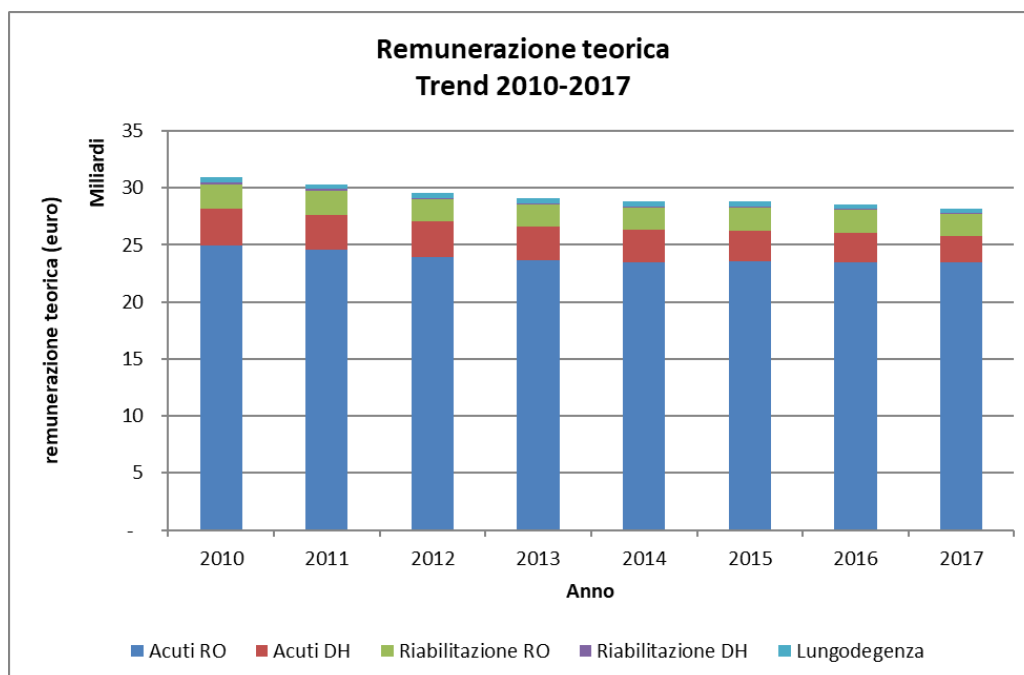


Grafico 6 - Trend remunerazione teorica per tipo attività e regime di ricovero – Anni 2010-2017