



*Ministero del Lavoro, della Salute
e delle Politiche Sociali*



UFFICIO VI

Dir. Gen. della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi etici di sistema
(ex. Ministero della Salute)

Attività di ricovero 2008

Analisi preliminare

Luglio 2009

Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali
Dipartimento della qualità
Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema
Ufficio VI
Via G. Ribotta 5
00044 Roma
l.lispi@sanita.it

Sommario

<i>INTRODUZIONE</i>	4
---------------------	---

Relazione

La copertura della rilevazione	5
L'attività ospedaliera	6
Complessità, Efficienza ed Appropriatezza	7

Tavole

A	Distribuzione per regione delle SDO trasmesse e degli istituti rilevati – Anno 2008
B.1	Composizione dell'attività per tipologia e regime di ricovero – Dimessi e giornate di degenza - Anno 2008
B.2	Distribuzione dei dimessi per regione, tipo attività e regime di ricovero - Anno 2008
B.3	Distribuzione delle giornate di degenza per regione, tipo attività e regime di ricovero – Anno 2008
C.1	Tassi di ospedalizzazione per regione, tipo di attività, regime di ricovero e sesso (per 1.000 ab.) - Anno 2008
C.2	Tassi di ospedalizzazione grezzi e standardizzati (per età e sesso) per regione, tipo attività, regime di ricovero (per 1.000 ab.) - Anno 2008
C.3	Tassi di ospedalizzazione per fasce di età, per tipo attività e regime di ricovero (per 1.000 ab.) - Anno 2008
D	Distribuzione dei dimessi per regione, tipo DRG (versione 19), per regime di ricovero e durata della degenza – Ricoveri per Acuti - Anno 2008
E.1	Descrizione dell'attività per MDC. Ricoveri per Acuti in Regime ordinario - Anno 2008
E.2	Primi 30 DRG per numerosità di dimissioni. Ricoveri per Acuti in Regime ordinario - Anno 2008
F.1	Descrizione dell'attività per MDC. Ricoveri per Acuti in Day Hospital - Anno 2008
F.2	Primi 30 DRG per numerosità di dimissioni. Ricoveri per Acuti in Day Hospital – Anno 2008

- G.1 Indicatori di complessità per regione - Ricoveri per Acuti - Anno 2008
- G.2 Indicatori di efficienza per regione – Ricoveri per Acuti in Regime ordinario - Anno 2008
- G.3 Degenza media per regione, per tipo attività e per istituti pubblici e privati in Regime ordinario - Anno 2008
- G.4 Numero medio di accessi per regione, per tipo attività e per istituti pubblici e privati in Day Hospital - Anno 2008
- H Indicatori di efficacia e appropriatezza per regione. Ricovero per Acuti in Regime ordinario - Anno 2008
- I Modalità di dimissione. Ricovero per acuti in Regime ordinario - Anno 2008

Introduzione

Il flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)

Il flusso informativo della scheda di dimissione ospedaliera, sin dalla sua costituzione avvenuta nel 1995 costituisce un patrimonio conoscitivo importante ed irrinunciabile per operatori, programmatori ed utenti del servizio sanitario nazionale. Grazie alla qualità e alla completezza delle informazioni che vi sono contenute consente di monitorare, nel tempo e su tutto il territorio nazionale, le caratteristiche della domanda di ospedalizzazione che emerge dalla popolazione italiana. Nel contempo consente di verificare la risposta degli erogatori pubblici e privati, nonché di valutare l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle strutture ospedaliere nell'erogazione delle prestazioni.

La tempestività con la quale i dati vengono raccolti, elaborati, e diffusi agli operatori e a coloro che si occupano di programmazione sanitaria è un elemento cruciale, perché mette in moto la raccolta e l'utilizzo congiunto e consapevole delle informazioni che migliorano nel contempo la qualità stessa dell'informazione acquisita e la rendono utile all'azione e, talvolta, ai necessari provvedimenti correttivi.

Ad oggi il flusso informativo della scheda di dimissione ospedaliera è disciplinato dal decreto ministeriale n. 380 del 27 ottobre 2000 che stabilisce la trasmissione, dalle Regioni e Province Autonome al Ministero, di *file* semestrali in due cadenze successive, rispettivamente l'una fissata al 31 dicembre e l'altra al 30 giugno dell'anno successivo, rispetto all'attività ospedaliera di riferimento.

Anche grazie alle iniziative messe in atto dal Ministero a seguito della verifica degli adempimenti cui sono sottoposte le regioni per l'accesso al maggior finanziamento, così come previsto dall'intesa del 23 marzo 2005 in materia di obblighi informativi, quasi tutte le regioni adempiono alle scadenze previste dal decreto ministeriale n. 380 del 2000.

La pubblicazione seguente fornisce una descrizione dell'attività ospedaliera così come emerge dalla lettura dei dati del flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera relativo all'anno 2008.

Alla presente pubblicazione seguirà l'annuale Rapporto Nazionale, assai più ricco di prospetti e tabelle, per un'analisi più dettagliata sull'attività ospedaliera di ciascuna regione italiana, non prima però di aver effettuato tutti i controlli previsti e messe in atto tutte le procedure per la validazione ed il consolidamento dei dati, a garanzia di una più elevata qualità delle informazioni raccolte.

Relazione

La copertura della rilevazione

La presente pubblicazione raccoglie la rilevazione delle schede di dimissione ospedaliera dell'anno 2008 pervenute al Ministero della salute, come previsto dal decreto ministeriale n. 380 del 27 ottobre 2000, fino allo scorso mese di giugno e, in alcuni casi, la trasmissione dei dati si è protratta fino alle prime due decadi di luglio.

La copertura delle strutture ospedaliere, pubbliche e private, del flusso informativo 2008 è nella globalità superiore al 95%. Il completo allineamento dei codici delle strutture utilizzati nella SDO con i codici presenti nell'anagrafe delle strutture, rilevata con i modelli HSP del Sistema Informativo Sanitario (SIS), garantirebbe la massima copertura delle strutture del flusso SDO. Occorrerà un'attenta e puntuale operazione di messa a punto degli archivi con i referenti regionali, prima del consolidamento della banca dati.

I codici delle strutture di ricovero, pur se necessitano di una delicata e attenta operazione di correzione, non sembra influire negativamente per una prima lettura dei dati, ma sicuramente potrà incidere nella interpretazione delle tabelle sulla tipologia "pubblico/privato". Si raccomanda di tenere ben presente la Tavola A della pubblicazione e di considerare i valori regionali nella lettura delle tavole seguenti.

L'attività ospedaliera

Con le premesse fatte nel precedente paragrafo si descrive sinteticamente nella tabella seguente l'attività ospedaliera 2008:

<i>Tipo attività</i>		<i>Numero</i>	<i>Var % rispetto al 2007</i>
<i>Acuti</i>	<i>Ordinario</i>	7.735.053	- 1,7
	<i>D.H.</i>	3.504.217	- 2,3
<i>Riabilitazione</i>	<i>Ordinario</i>	296.644	- 0,4
	<i>D.H.</i>	64.747	- 2,5
<i>Lungodegenza</i>		104.068	3,0
<i>Neonati</i>		423.949	2,2
<i>Totale</i>		12.128.678	- 1,7

L'attività ospedaliera dell'anno 2008 si consoliderebbe su 12.128.678 ricoveri, in diminuzione dell'1,7 % rispetto all'anno 2007. La riduzione investirebbe tutti i reparti ospedalieri con prestazioni erogate nei distinti regimi di ricovero, con le sole eccezioni delle lungodegenze e dei neonati sani dove l'incremento è rispettivamente del 3% e del 2,2 %.

Le giornate di degenza risultano pari a 76,055 milioni e si riducono dello 0,9 % rispetto all'anno precedente.

Il tasso di ospedalizzazione del 2008 comprensivo delle varie tipologie di attività (acuti, riabilitazione e lungodegenza, regime ordinario e day hospital) è poco inferiore a 195 per 1.000 abitanti, in discreta diminuzione rispetto al 198 per 1.000 del 2007 e al 209 per 1.000 del 2006.

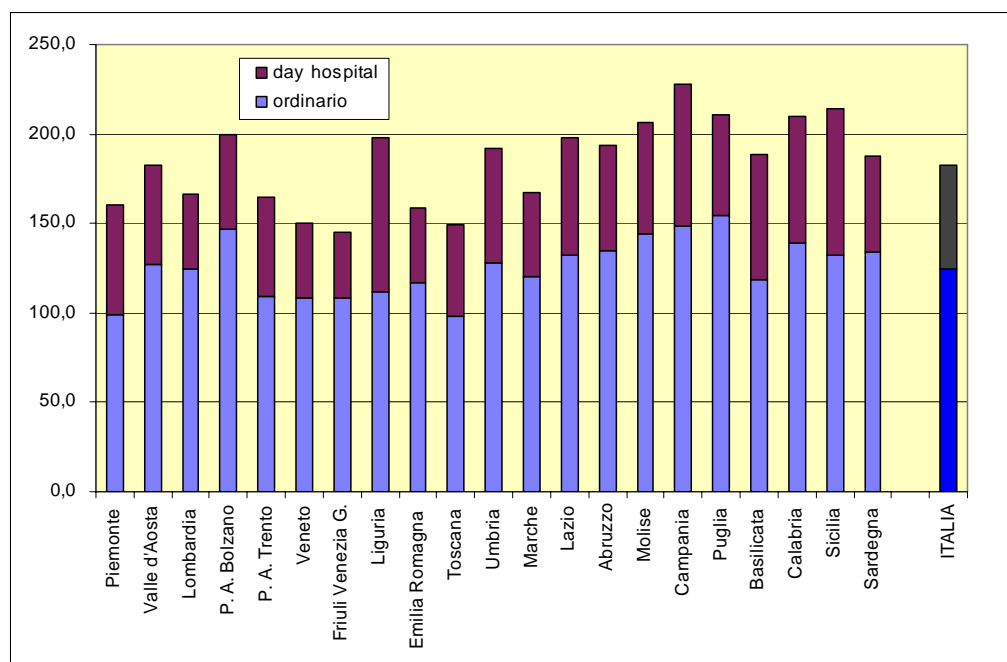
La riduzione più evidente si registra nel tasso di ospedalizzazione per acuti che passa, per il ricovero ordinario, da 131 per 1.000 abitanti del 2007 a 128 del 2008 e per il ricovero diurno da 60 a 58 per 1.000.

La variabilità regionale nella composizione del ricovero tra modalità diurna e ricovero ordinario e nei volumi di prestazioni persiste ed è ben rappresentata dalla figura F1.

Tutte le regioni appartenenti all'area centro meridionale del Paese in particolare ma non solo quelle che hanno sottoscritto nel 2007 il Piano di rientro (Campania, Lazio, Abruzzo, Molise, Sicilia) presentano ancora tassi di ospedalizzazione per acuti superiori o prossimi al 200 per 1.000 abitanti. Per tutte le regioni sono registrabili consistenti riduzioni che portano ad evidenziare un importante processo di deospedalizzazione in

atto. Sicuramente vedendo i valori assunti da tutte le regioni ci sono sicuramente ancora margini rilevanti di miglioramento.

FIGURA 1. Tassi di ospedalizzazione standardizzati per acuti distinti in regime ordinario e day hospital - SDO 2008 .



Complessità, Efficienza ed Appropriatazza

Le dimissioni con DRG chirurgico raggiungono complessivamente il 40,7 % , e sono in aumento anche se lieve rispetto agli anni precedenti, 40,0% nel 2007, 39,9 % nel 2006. I ricoveri chirurgici eseguiti in day surgery costituiscono il 35,6 % delle dimissioni con DRG chirurgico, mentre nel 2007 rappresentavano il 35,2 %, possibile effetto dello spostamento in attività diurna di talune prestazioni chirurgiche, in ottemperanza a valutazioni sulla migliore appropriatezza organizzativa.

La degenza media è sostanzialmente stabile da diversi anni e posizionata su 6,7 giorni; le differenze regionali vedono il minimo con 6,26 giorni in Campania (degenza media standardizzata per case-mix) e il massimo in P.A. di Trento con 7,76 giorni. La degenza media pre-operatoria, indice di efficienza organizzativa, rimane sostanzialmente ferma a poco meno di 2 giorni (1,99 nel 2007 e 1,97 nel 2008). I valori più elevati si presentano nelle regioni Lazio e Molise (rispettivamente 2,59 e 2,58 giorni) ed in

Liguria e Basilicata (rispettivamente 2,47 e 2,45 giorni). Al contrario i valori più bassi sono registrati nelle Marche (1,37 giorni) e in Friuli Venezia Giulia (1,53).

I tassi di ospedalizzazione per asma, diabete e scompenso cardiaco sono utili quali indicatori *proxy* per valutare l'efficacia dell'assistenza primaria e dell'assistenza specialistica territoriale. I rispettivi valori sono più bassi dove l'assistenza primaria e l'assistenza territoriale specialistica risultano più efficaci e ben funzionanti. A fronte di riduzioni significative dei tassi di ospedalizzazione registrate negli anni passati per queste patologie, nel 2008 si confermano grossomodo i valori rilevati nell'anno precedente: per il diabete il tasso di ospedalizzazione passa da 91 a 89 ricoveri per 100.000 abitanti, per l'asma da 32 a 33 e per lo scompenso cardiaco il tasso varia da 320 a 322. Rispetto ad un valore nazionale stabile in questi ultimi anni, variazioni regionali significative si riscontrano a livello regionale. La lettura della tavola H consente riflessioni specifiche sulle singole regioni.

L'elevata incidenza di parti cesarei, fenomeno prettamente italiano, accenna lievemente a diminuire nonostante siano stati messi in atto dalle regioni ripetuti e significativi interventi. La percentuale rispetto al totale dei parti è di 38,3 nel 2008 contro un 38,5 % del 2007, con valori massimi registrati in Campania (61,9), Sicilia (52,9), Puglia (47,9) e Molise (47,3). In particolare valori superiori al 40% di parti cesarei si rilevano in tutte le regioni del centro-sud, con la sola eccezione della regione Sardegna. Ponendo a confronto i valori assunti dall'indicatore negli anni 2007 e 2008, si rileva che non tutte le regioni operano efficacemente per l'effettivo contenimento di questa pratica chirurgica (Tavola H).

L'appropriatezza organizzativa, misurata semplicemente con un indicatore che totalizza i pazienti con DRG medico dimessi da reparti chirurgici, denota lievi segnali di miglioramento con un valore leggermente superiore al 35% delle dimissioni.

