

RAPPORTO ANNUALE SULL'ATTIVITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO

DATI SDO 2004

1. COMPLETEZZA E QUALITÀ DELLA RILEVAZIONE

La completezza delle informazioni rilevate attraverso la scheda di dimissione ospedaliera (SDO) è notevolmente cresciuta nel tempo ed ha raggiunto un buon livello grazie alla stretta collaborazione instaurata tra Ministero, Regioni, Province autonome ed Aziende. La completezza ottimale del flusso informativo è confermata dal numero degli istituti di ricovero rilevati (1.332) e delle schede di dimissione trasmesse (12.991.102) [Tavola 1.1].

L'evoluzione nel tempo del flusso informativo relativo alle schede di dimissione ospedaliera è sintetizzata e descritta dal 1988 al 2004, attraverso i principali indici di completezza e di qualità [Tavola 1.2].

La congruità e l'accuratezza della compilazione delle schede possono essere esaminate sia mediante l'analisi della frequenza degli errori logico-formali riscontrati in fase di acquisizione, sia attraverso la valutazione del numero medio di diagnosi e di interventi/procedure riportati sulla scheda stessa [Tavole 1.3-1.7].

Sono ormai diversi anni che è stata consolidata, da parte del Ministero della Salute, una metodologia accurata per il controllo e la validazione dei dati trasmessi dalle Regioni e Province autonome: il Ministero comunica e trasmette ai referenti regionali eventuali anomalie riscontrate a seguito dell'applicazione delle procedure informatizzate di controllo e questi, nel ruolo di validatori "primari" delle proprie informazioni, procedono con ulteriori verifiche ed eventualmente integrano e correggono i dati trasmessi.

Dall'analisi della frequenza degli errori logico-formali risulta che, nel 2004, il 9,2% delle schede di dimissione presenta almeno un errore in qualsiasi campo sottoposto a controllo della scheda SDO; tale valore non è confrontabile con indicatori simili elaborati negli anni precedenti perché riflette un nuovo sistema di controlli, molto rigoroso e puntuale, che il Ministero ha avviato a seguito del processo di *reingegnerizzazione* del Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

Come ormai da diversi anni, le schede sono state trasmesse da tutte le Regioni (19) e Province autonome (2), per un totale di 1.332 istituti di ricovero, pari al 97,5% di quelli risultanti nell'anagrafe del Sistema Informativo Sanitario, di cui 740 pubblici ed equiparati pubblici (99,7%) e 592 privati (94,9%) accreditati e non dal Servizio sanitario nazionale.

Il Ministero della Salute segnala annualmente ai referenti regionali il mancato adempimento all'obbligo informativo da parte di alcuni istituti; in seguito a tali segnalazioni pervengono talora le integrazioni richieste.

La qualità delle informazioni rilevate attraverso la SDO migliora anno dopo anno. Nella tavola 1.3 sono elencati tutti gli errori rilevati dal sistema dei controlli adottato dal Ministero. Errori puntualmente segnalati negli anni precedenti stanno riducendosi significativamente: ASL e regione di provenienza dei pazienti sono errate in meno dello 0,2% delle schede; diagnosi ed interventi principali e secondari sono errati in meno dello 0,1% delle schede. Rimangono ancora relativamente frequenti gli errori relativi alla data dell'intervento principale (0,7%) e, nei casi di ricovero ordinario, la segnalazione del numero di accessi in day hospital (2,2%). Nella tavola 1.4 sono dettagliatamente descritti, regione per regione, gli errori riscontrati in alcune tra le principali variabili contenute nella SDO.

In considerazione dell'utilizzo sempre più incisivo del codice fiscale del paziente per finalità di natura epidemiologica e di valutazione della qualità dei servizi sanitari erogati, sono stati introdotti numerosi controlli anche sulla variabile identificativa del paziente. I risultati sono descritti nella tavola 1.5 del Rapporto. Ne emerge una situazione positiva che produce una consistenza di codici utilizzabili vicina al 97% (codici fiscali di cittadini italiani e STP per gli stranieri). A garanzia delle norme in materia di tutela della privacy il codice fiscale del paziente è opportunamente anonimizzato presso il Ministero della salute prima del suo utilizzo per le finalità sopra descritte.

Anche se gli errori sono esigui, alcune schede non vengono utilizzate ai fini elaborativi della presente pubblicazione; ciò comporta che il numero di dimissioni riportato nelle singole tabelle può risultare leggermente variabile e non coincidere con il totale complessivo di SDO acquisite.

L'accuratezza nella compilazione delle variabili cliniche della SDO è valutata calcolando il numero medio di diagnosi e il numero medio di interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e terapeutiche riportati in ciascuna scheda di dimissione¹ [Tavole 1.6 - 1.7].

Il numero medio di diagnosi riportate nelle schede di dimissione ospedaliera è costante nelle discipline per acuti mentre presenta un lieve incremento nelle discipline di riabilitazione e lungodegenza. L'opportunità, avuta sin dal 2001, di inserire ulteriori codici di diagnosi e procedure (da tre a cinque), consente ai clinici di indicare meglio l'eventuale presenza di patologie concomitanti, come si è evidenziato nel corso degli anni. Nel 2004 il numero medio di diagnosi rilevato per acuti in regime ordinario è pari a 2,3 mentre in day hospital è 1,6; nelle discipline riabilitative, in regime ordinario, il numero medio di diagnosi è 3,1 (3 nel 2003) e 2,4 in day hospital (2,3 nel 2003); i dimessi dalla lungodegenza presentano mediamente 3,4 diagnosi (3,2 nel 2003). Discrete variazioni si registrano tra istituti pubblici e privati, permanendo un maggior numero di diagnosi mediamente registrate negli istituti pubblici, 2,4 contro 2,0 nei ricoveri ordinari per acuti e 3,2 contro 2,9 in quelli ordinari di riabilitazione. [Tavola 1.6].

Il numero medio di interventi e/o procedure rilevato nelle discipline per acuti presenta un lieve incremento rispetto all'anno precedente, tanto nelle SDO in regime ordinario (2,3 vs 2,2 nel 2003), che in day hospital (2,1 vs 2,0 nel 2003), riscontrabile sia negli istituti pubblici che in quelli privati [Tavola 1.7].

¹ Per una corretta interpretazione di tali valori è opportuno ricordare che il DM n. 380 del 27.10.2000 prevede che nella SDO sia riportata sempre la diagnosi principale, nonché, ove siano segnalate nella cartella clinica, le diagnosi secondarie, concomitanti o complicanti, fino ad un massimo di cinque; analogamente, nella SDO devono essere riportati l'intervento chirurgico principale, nonché gli ulteriori interventi chirurgici e le principali procedure diagnostiche e terapeutiche effettuate nel corso del ricovero, fino ad un massimo di cinque.

Tra le diverse Regioni, restano costanti le differenze in merito ai suddetti indicatori di accuratezza: relativamente ai ricoveri per acuti, il numero medio di diagnosi per SDO in regime ordinario varia da un minimo di 2,1 (P.A. Bolzano e Campania) ad un massimo di 2,8 (Molise), mentre in day hospital varia da un minimo di 1,4 (P.A. Trento, Lazio) ad un massimo di 2,1 (Molise); per quanto riguarda il numero medio di interventi e/o procedure per SDO, sempre in regime ordinario, il valore oscilla da un minimo di 1,1 in Umbria, ad un massimo di 3,1 in Basilicata.

2. ATTIVITÀ COMPLESSIVA

2.1 Dati generali e trend [Tavole 2.1.1 - 2.1.6]

Il numero dei dimessi rilevati nell'anno 2004 è stato pari a 12.991.102 per un totale di giornate di 78.750.718. Rispetto all'anno precedente si osserva un lieve aumento del numero complessivo dei ricoveri (circa 172.000, pari all'1,3%) e delle giornate (circa 300.000). [Tavola 2.1.1].

Analizzando dettagliatamente il tipo di attività dei ricoveri per acuti, si rileva una riduzione dei ricoveri ordinari (circa 103.500, pari all'1,2%) ed un consistente incremento dei ricoveri in day hospital (circa 243.400, pari al 6,8%); rilevanti sono gli aumenti delle dimissioni dalla riabilitazione (20.500 casi) e dalla lungodegenza (quasi 6.000). Si rileva anche un consistente incremento nel numero dei neonati sani (19.000) ascrivibile ad una più corretta identificazione (attraverso diverse prassi di codifica clinica) rispetto al neonato patologico.

Come negli anni precedenti l'aumento delle attività di ricovero risulta più consistente nelle strutture private che in quelle pubbliche, sia per l'attività di ricovero diurno che per il ricovero ordinario, dovuto in parte di ad una maggiore completezza della rilevazione SDO in ambito privato ma anche alle politiche di razionalizzazione della rete ospedaliera pubblica messe in atto dalle istituzioni regionali. Il dettaglio per tipologia di istituto è riportato nella tavola 2.1.3.

Nelle discipline di riabilitazione si assiste ad un progressivo incremento della modalità di ricovero diurno, sia nel numero di casi che nel numero di accessi, e ad una forte variabilità regionale, in parte dovuta ad una disomogeneità territoriale nella classificazione di queste attività. In particolare, l'aumento delle giornate di degenza è risultato pari a 485.000 mentre nella lungodegenza è pari a 109.000.

Nella tabella sottostante è riportata sinteticamente la composizione dell'attività ospedaliera, in termini di dimissioni e giornate di degenza, per ciascuna tipologia di attività erogata, in regime ordinario e day hospital dal 2002 al 2004. Dalla variazione percentuale dei valori fra 2004 e 2003 si osserva complessivamente un aumento del numero di ricoveri (1,4 %) e delle giornate di degenza/presenza (0,4 %), tuttavia nel dettaglio delle tipologie di attività è maggiormente evidente la diminuzione dei ricoveri per acuti in regime ordinario, e il maggior ricorso ad altri *setting* assistenziali, quali il day hospital, la riabilitazione e la lungodegenza.

Dimessi e giornate di degenza per tipologia di attività. Anni 2002 - 2004

Tipologia di attività	2002		2003		2004 (*)		Δ % 2004-2003	
	Dimessi	Giornate	Dimessi	Giornate	Dimessi	Giornate	Dimessi	Giornate
Acuti – Regime ordinario	8.878.595	59.449.206	8.443.471	56.594.442	8.339.955	55.626.703	-1,23	-1,71
Acuti – Day hospital	3.302.961	9.004.920	3.573.384	9.633.887	3.816.783	10.291.960	6,81	6,83
Riabilitazione – Regime ordinario	252.309	6.619.688	260.914	6.882.002	274.146	7.232.547	5,07	5,09
Riabilitazione – day hospital	51.573	594.680	53.598	642.332	60.864	776.680	13,56	20,92
Lungodegenza	88.103	2.831.328	94.273	2.867.366	100.212	2.976.182	6,30	3,79
Neonati sani	369.760	1.285.532	378.248	1.287.674	397.428	1.330.941	5,07	3,369
Totale	12.943.301	79.775.354	12.803.888	77.907.703	12.989.388	78.235.013	1,45	0,42

(*) sono escluse 1.714 schede che presentano errori relativi a: regime di ricovero, tipo attività, tipo istituto e durata della degenza.

Dopo una lenta e progressiva riduzione registrata a seguito della introduzione del sistema di classificazione DRG, la degenza media per acuti si è stabilizzata dal 2002 su 6,7 giorni. La casistica trattata continua invece ad evidenziare una maggiore complessità (peso medio pari a 1,24 nel 2004 vs 1,22 nel 2003): ciò riflette una tendenza all'uso più appropriato degli ospedali per acuti ed una maggiore accuratezza nella codifica delle variabili cliniche.

Il maggior utilizzo del day hospital rispetto al ricovero ordinario è mostrato da un rapporto tra le due attività, espresso in termini di giornate di degenza, lievemente crescente; nell'anno 2004 tale rapporto è pari a 18,4 accessi di day hospital ogni 100 giornate di degenza ordinarie (nel 2003 il rapporto era pari a 17).

Complessivamente il settore pubblico ha rilevato 10.663.000 ricoveri (esclusi i neonati sani), pari all'84,7% delle dimissioni e ciò risulta in lieve diminuzione rispetto agli anni precedenti (85,0% nel 2003, 85,7% nel 2002:); con riferimento ai soli ricoveri per acuti il valore è leggermente superiore, pari all'85,8%; per i ricoveri di riabilitazione in regime ordinario, la distribuzione tra pubblico e privato è più bilanciata ed è pari rispettivamente a 52,7% e 47,3%; nella lungodegenza si ha 59,8% dei dimessi da strutture pubbliche e 40,2% da strutture private.

2.2 Ricoveri nelle discipline per acuti [Tavole 2.2.1 - 2.2.14]

Nell'anno 2004 sono stati effettuati nelle discipline per acuti poco più di 12,1 milioni di ricoveri, ovvero quasi il 94% di tutti i ricoveri ospedalieri, di cui circa 8,3 milioni (68,6%) in regime di degenza ordinaria e oltre 3,8 milioni (31,4%) in day hospital.

La riduzione, rispetto all'anno precedente, dei ricoveri in regime ordinario si evidenzia in molte Regioni con l'esclusione di Emilia Romagna, Marche, Lazio, Molise e Campania. La riduzione è comunque più evidente in Puglia (-5,2%) e in Liguria (-4,6%).

Per quanto riguarda l'attività erogata in regime diurno si rileva un generale aumento in tutte le regioni italiane ad eccezione di Veneto, Emilia Romagna e Calabria. Gli incrementi più consistenti si sono verificati in Puglia (26,6%) , Campania (16,4%) e nella P.A. di Bolzano (16,3%). [Tavola 2.2.2]

Nelle aziende ospedaliere e negli ospedali a gestione diretta si effettua quasi il 74% dei ricoveri sia per il regime ordinario che per il day hospital. Policlinici universitari ed IRCCS effettuano per acuti, rispettivamente, il 2,9% ed il 4,2% dei ricoveri ordinari ed il 6,1-6,2% dei ricoveri diurni, con modifiche minime rispetto all'anno precedente. Le case di cura private accreditate svolgono nelle discipline per acuti il 15% delle attività di ricovero ordinario ed il 10,2% delle attività di day hospital. [Tavole 2.2.1-2.2.2]

L'osservazione delle differenze regionali nella distribuzione delle dimissioni per tipo di istituto, conferma che il ricorso alle strutture private, accreditate e non, avviene con maggiore frequenza in alcune aree del paese soprattutto meridionali, con valori massimi in Calabria (26,6%), Campania (26,2%) e Abruzzo (24,6%). I valori bassi di alcune regioni (vedi Liguria) sono ascrivibili alla mancata compilazione della SDO da parte di molte strutture private.

Per quanto riguarda il ricovero diurno, si rileva una maggiore attività ospedaliera nell'ambito del settore privato in Lombardia ed Emilia Romagna (15,2%) e in Campania (14,1%).

Relativamente alla tipologia di attività erogata, la tabella sottostante descrive sinteticamente la casistica sulla base del DRG, medico o chirurgico, attribuito alla dimissione: si osserva in generale che circa il 63% dei ricoveri ordinari (5,3 su 8,3 milioni) e quasi il 57% dei ricoveri diurni (2,2 su 3,8 milioni) sono attribuiti a DRG medici o non classificabili (n.c.).

Dimessi per regime di ricovero e tipo DRG. Anni 2002 - 2004

	2002		2003		2004	
	dimessi	%	dimessi	%	dimessi	%
Regime ordinario						
DRG medico o n.c.	5.685.756	46,7	5.416.428	45,2	5.275.239	43,4
DRG chirurgico	3.193.022	26,2	3.027.043	25,3	3.064.766	25,2
day hospital						
DRG medico o n.c.	2.016.134	16,6	2.089.435	17,4	2.175.355	17,9
DRG chirurgico	1.286.823	10,6	1.448.306	12,1	1.641.428	13,5
Totale	12.181.735	100,0	11.981.212	100,0	12.156.788	100,0

La composizione delle attività evidenzia inoltre un incremento del ricorso al ricovero diurno, soprattutto in modalità day surgery, che in un anno è passata dal 12,1% al 13,5%, mentre all'attività ordinaria rimane ¼ dei ricoveri complessivi con DRG chirurgico.

La diminuzione del rapporto tra dimissioni con DRG medico o n.c. e dimissioni con DRG chirurgico risulta costante e negli ultimi 6 anni è passato da 2,3 a 1,58. I day hospital medici sono passati dal 21 al 29% e la day surgery si è più che raddoppiata passando dal 14,6% al 34,9%. Significativo è anche l'incremento evidenziato negli anni dalla "one day surgery", ossia il pernottamento a seguito di intervento chirurgico, che si conferma nel 2004 nel 10,3 % dei casi.

Dimessi per tipo DRG e durata della degenza. Anni 1998 - 2004

		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
% Dimessi con DRG medico o n.c.	D.H.	21,1	21,8	23,1	25,3	26,2	27,8	29,2
	Ordinario di 1 giorno	11,1	10,7	10,3	9,9	9,7	9,3	9,1
	Ordinario > 1 giorno	67,8	67,5	66,6	64,8	64,1	62,9	61,7
% Dimessi con DRG chirurgico	D.H.	14,6	17,3	20,7	24,2	28,7	32,9	34,9
	Ordinario di 1 giorno	8,6	9,9	10,2	10,1	10,2	10,1	10,3
	Ordinario > 1 giorno	76,9	72,8	69,1	65,7	61,1	57	54,8
Rapporto casi con DRG medico o n.c. su casi con DRG chirurgico		2,3	2,1	1,96	1,84	1,72	1,66	1,58

Nella Tavola 2.2.4 si illustra la distribuzione dei ricoveri secondo le fasce di durata della degenza indicate nel D.M. 30.6.1997, utile ai fini della valorizzazione economica, in termini di remunerazione, delle prestazioni di ricovero ospedaliero in regime ordinario. Complessivamente si rileva una notevole stabilità rispetto agli ultimi anni sia nella proporzione di dimissioni con ricovero breve (di 0-1 giorno), che si attesta intorno al 13,9%, sia nella proporzione di ricoveri con durata della degenza superiore alla soglia DRG-specifica fissata nel D.M. 30.6.1997 (1,2%).

Nel dettaglio si descrive di seguito l'attività ospedaliera per acuti utilizzando sia il sistema di classificazione DRG, anche mediante i raggruppamenti in categorie diagnostiche maggiori (MDC), sia il sistema di raggruppamento dei codici ICD 9 CM in aggregati clinici di codici (259 ACC di diagnosi e 231 ACC di interventi/procedure), fondato quest'ultimo su criteri di affinità clinica e molto utile ai fini di analisi epidemiologica e di programmazione sanitaria.

La distribuzione per MDC dei ricoveri per acuti in regime ordinario è rappresentata nella Tavola 2.2.6, nella quale sono riportati il numero dei dimessi, le giornate di degenza, la degenza media e la percentuale di ricoveri di 1 giorno.

Anche nell'anno 2004 la maggior quota di dimissioni è riferita alle malattie dell'apparato cardiocircolatorio (14,6%), seguono le malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (12%), le malattie dell'apparato digerente (10%), gravidanza, parto e puerperio (9,3%), malattie del sistema nervoso (7,5 %).

La riduzione del numero di dimissioni (in valore assoluto) tra i ricoveri per acuti in regime ordinario riguarda quasi tutte le MDC, ed in particolare le malattie di occhio, orecchio, naso, bocca e gola, dell'apparato respiratorio e dell'apparato digerente. Un incremento di circa 12.000 casi si registra invece, sia nelle malattie dell'apparato cardiocircolatorio che per la gravidanza, parto e puerperio.

La distribuzione della casistica ospedaliera secondo il DRG attribuito è riportata nella Tavola 2.2.7, in cui sono evidenziati, per ciascun DRG, il numero dei casi trattati e delle giornate di degenza, la degenza media e la degenza media "entro il valore soglia"². E', inoltre, riportata la distribuzione dei casi per durata

² degenza media calcolata esclusivamente sui casi la cui durata di degenza non sia superiore al valore soglia, ossia al valore DRG-specifico al di sopra del quale i casi sono considerati "anomali" per durata della degenza.

della degenza, utilizzando una classificazione legata alle modalità di remunerazione delle prestazioni ospedaliere previste dal D.M. 30.6.1997 e alle specifiche necessità di controllo dei ricoveri con durata breve (2-3 giorni). Da tale prospetto, riferito ai ricoveri ordinari, è escluso il DRG 391, relativo ai neonati sani, che viene analizzato separatamente in un settore ad hoc del rapporto. In un file separato, fornito solo su supporto informatico, sono riportate le distribuzioni per DRG di ogni regione.

Allo scopo di evidenziare la casistica prevalente, in termini di numerosità dei casi trattati negli istituti di cura, sono descritti nella tavola 2.2.8, in ordine decrescente di frequenza, i 60 DRG, medici e chirurgici, con maggiore numerosità delle dimissioni; per questo gruppo di DRG la frequenza cumulativa sul totale dei casi raggiunge il 51,5% in termini di dimissioni ed il 45,7% in termini di giornate di degenza.

In termini di posizioni tra i DRG più frequenti (rango) viene confermata parzialmente, con interessanti variazioni, la composizione della casistica osservata negli anni precedenti.

Graduatoria dei primi 10 DRG. Anni 2002 - 2004

	<i>DRG</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>Posizione 2002</i>
I	373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	321.698	324.975	324.811	I
II	127 - Insufficienza cardiaca e shock	186.291	190.340	195.119	II
III	371 - Parto cesareo senza complicazioni	173.085	182.541	191.535	IV
IV	410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	130.570	125.081	126.773	VI
V	183 - Esofagite, gastroenterite e misc. mal.app. dig. età >17 anni senza CC	156.906	134.501	124.971	V
VI	209 - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianto di arti inferiori	106.170	113.775	123.145	XII
VII	014 - Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	122.785	123.310	121.271	VII
VIII	359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza CC	119.158	116.554	121.173	VIII
IX	112 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea	88.307	98.783	114.529	XVI
X	088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva	111.453	113.959	105.134	IX

Dal 2004 sparisce dalla graduatoria dei primi 10 DRG il DRG 039 "Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia" mentre assumono rilievo il DRG 209 "Interventi su articolazioni maggiori e reimpianto di arti inferiori" ed il DRG 112 "Interventi sul sistema cardiovascolare per via per cutanea".

Ai fini di una valutazione di carattere epidemiologico si riportano di seguito i primi 10 ACC di diagnosi e di procedura riscontrati nelle strutture italiane. L'elenco riguarda solo la modalità di ricovero ordinario.

Graduatoria dei primi 10 ACC per diagnosi e procedura

ACC - Diagnosi		Dimessi	ACC - Procedura		Dimessi
I	Gravidanza e/o parto normale	264.511	I	Altre procedure di assistenza al parto	236.322
II	Aterosclerosi coronaria e altre malattie ischemiche cardiache	234.811	II	Elettrocardiogramma	226.145
III	Insufficienza cardiaca congestizia, non da ipertensione	186.184	III	Taglio cesareo	210.672
IV	Malattie delle vie biliari	161.963	IV	Radiografia del torace di routine	189.430
V	Ernia addominale	149.089	V	Altre procedure terapeutiche	176.367
VI	Chemioterapia e radioterapia	148.871	VI	TAC del capo	171.296
VII	Aritmie cardiache	143.757	VII	Altre procedure diagnostiche	134.514
VIII	Vasculopatie cerebrali acute	133.769	VIII	Cateterismo cardiaco diagnostico	126.080
IX	Polmoniti	122.319	IX	Diagnostica a ultrasuoni del cuore	125.997
X	Infarto Miocardio acuto	117.833	X	Diagnostica a ultrasuoni addominale o retroperitoneale	122.491

I primi 10 ACC di diagnosi coprono quasi il 20% della casistica ospedaliera, e sono prevalentemente orientati alla gravidanza e parto, alla cura delle malattie cardiache, al trattamento delle neoplasie e alle malattie polmonari.

I primi 10 ACC di procedura coprono oltre il 28% della casistica ed evidenziano ancora le procedure legate al parto, le procedure di routine nei ricoveri ospedalieri e propedeutici ad intervento chirurgico (elettrocardiogramma, RX torace) ed altre procedure diagnostiche per disturbi cardiaci.

Per quanto riguarda il ricovero diurno, la distribuzione per MDC si differenzia dalla analoga distribuzione dei ricoveri in regime ordinario: le categorie diagnostiche maggiormente rappresentate per numerosità di accessi effettuati, sono costituite dalle malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate, dalle malattie dell'occhio e dalle malattie del sistema muscolo-scheletrico e del connettivo [Tavola 2.2.11].

Risulta stabile la percentuale di ricoveri in day hospital con un unico accesso (56%).

I 30 DRG più frequenti rappresentano il 55,4% dei ricoveri diurni; di questi, 15 sono di tipo chirurgico [Tavola 2.2.12].

Analizzando i DRG più frequenti, in termini di numero di dimissioni, si nota una sostanziale stabilità rispetto alla graduatoria relativa all'anno 2003. In generale è evidente un aumento per tutti i ricoveri più frequenti ed in particolare per il DRG 039 (interventi sul cristallino con o senza vitrectomia), il DRG 381 (aborto con dilatazione e raschiamento), il DRG 162 (interventi per ernia inguinale e femorale, età >17 anni, senza CC) e il DRG 134 (ipertensione).

Anche per la casistica trattata in regime di ricovero diurno sono riportati gli ACC più frequenti sia per le diagnosi che per gli interventi/procedure: si osserva che i primi 50 ACC relativi alle diagnosi

principali descrivono il 70,3% dei casi trattati, mentre i primi 50 ACC di intervento/procedura descrivono l'80,9% della casistica trattata in day hospital [Tavole 2.2.13 - 2.2.14].

2.3 Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza [Tavole 2.3.1 – 2.3.9]

Il numero di dimessi nelle discipline di riabilitazione³ è stato pari, nel 2004, a 335.010, di cui 274.146 dimessi in regime ordinario e 60.864 in regime diurno (18,2% dell'attività complessiva riabilitativa), con un rapporto tra regime ordinario e regime di day hospital sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente. Si registra un incremento pari al 5,1% per l'ambito ordinario e pari al 13,6% per la modalità diurna attribuibile in particolare alla Lombardia, Liguria, Veneto e Campania.

Quasi la metà dei ricoveri per riabilitazione in regime ordinario avviene in ambito pubblico; solo l'1,5% dell'attività riabilitativa si svolge nel settore privato non accreditato (a parte la Puglia dove la distribuzione percentuale evidenzia quest'ultimo valore al 26,5%). In ambito diurno la distribuzione tra settore pubblico e settore privato (accreditato e non) è ancora più a favore del settore pubblico.

Nella riabilitazione ordinaria, quasi il 94,% dei dimessi rientra nella classe di giornate di degenza tra 0 e 60 giorni, e pertanto solo il 6,2% ha una degenza superiore a 60 giorni.

La distribuzione per MDC dei ricoveri di riabilitazione in regime ordinario, analogamente agli anni precedenti, riguarda soprattutto tre gruppi nosologici: le malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (40,9%), le malattie del sistema nervoso (23,6%), le malattie dell'apparato cardiocircolatorio (16,3%) [Tavola 2.3.6].

La degenza media risulta costante e posizionata su 26,4 giorni.

I primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni descrivono oltre l'88% circa della casistica trattata [Tavola 2.3.7].

Per quanto riguarda la riabilitazione in day hospital, le categorie diagnostiche più rappresentate si sovrappongono a quelle del regime ordinario, con un maggiore peso relativo delle malattie del sistema nervoso rispetto alle malattie muscolo-scheletriche e del tessuto connettivo. [Tavola 2.3.8]

I ricoveri rilevati nel 2004 in lungodegenza sono 100.212 e risultano in aumento rispetto al passato, sia relativamente al numero di casi che al numero di giornate di degenza; sull'analisi del trend occorre fare attenzione a causa dei diversi criteri di esclusione adottati negli anni precedenti.

Gli ospedali a gestione diretta e il privato accreditato svolgono un ruolo predominante nella gestione dei ricoveri di lungodegenza, entrambi con una percentuale uguale o superiore al 40%.

Relativamente alla tipologia di attività effettuata in lungodegenza (per la modalità esclusivamente ordinaria), le categorie diagnostiche più rappresentate, in termini di numerosità delle dimissioni, sono le malattie del sistema nervoso, le patologie del sistema muscolo-scheletrico e le malattie cardiocircolatorie e respiratorie [Tavola 2.3.9].

³ I dimessi dalle attività riabilitative comprendono i pazienti delle discipline ospedaliere di Unità spinale, recupero e riabilitazione funzionale, neuroriabilitazione, ed i pazienti dimessi dagli istituti con esclusiva attività di riabilitazione.

2.4 Neonati sani [Tavole 2.4.1 – 2.4.2]

L'obbligo di rilevazione dei neonati sani ospitati nel nido delle strutture ospedaliere è stato inserito con il D.M. 30 giugno 1997, ma a tutt'oggi si ha ragione di ritenere che, nonostante il flusso informativo delle SDO si incrementi nel tempo di neonati, non per tutti vengono compilate le schede di dimissione ospedaliera.

Nell'anno 2004 sono stati registrati 397.000 neonati sani, con un aumento di oltre il 5% rispetto all'anno precedente di cui 7.000 nella sola regione Sicilia, dovuto sia alla maggior copertura della rilevazione sia alla diffusione di modalità di codifica più corrette per l'identificazione del neonato sano rispetto a quello patologico. Altri incrementi consistenti si osservano in Veneto, Emilia Romagna e Lazio .

Nella Tavola 2.4.1 è riportata la distribuzione dei neonati sani per Regione e tipo di istituto (pubblico e privato). L'84,9% dei neonati sani è ospitato in strutture pubbliche e il 15,1% in quelle private; la degenza media, costante rispetto allo scorso anno, si attesta su 3,3 giorni nelle strutture pubbliche e 3,4 nelle private.

È da richiamare il fatto che il DRG 391 è attribuito anche ai casi in cui si riscontrano condizioni patologiche di lieve entità; la definizione di neonato sano è dunque relativa a tale logica di classificazione. Criteri di classificazione più restrittivi condurrebbero a riconoscere come neonati "sani" un numero leggermente minore di casi.

La gran parte di queste condizioni patologiche minori è rappresentata nella Tavola 2.4.2 che sintetizza i principali indici statistici per le venti più frequenti diagnosi principali relative al DRG 391.

3. *INDICATORI DI COMPLESSITÀ* [Tavole 3.1 – 3.2]

L'indice di case mix (ICM) è un indicatore idoneo per la descrizione sintetica della complessità della casistica trattata. Esso standardizza l'attività di una data unità produttiva per un indice tipo, costituito dalla degenza media DRG specifica di uno standard. In sintesi, valori dell'ICM superiori ad 1 indicano una complessità della casistica superiore alla media dello standard di riferimento (Italia).

I valori più elevati si registrano in Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Liguria (1,12) e in Toscana (1,14); quasi tutte le Regioni centrali e meridionali fanno registrare un indice inferiore all'unità [Tavola 3.1].

Andamento analogo si evidenzia nel peso medio che a fronte di un valore medio nazionale pari a 1,24, registra valori alti nelle regioni settentrionali e valori decisamente più bassi nelle regioni centro meridionali.

Il rapporto tra casi complicati e totale dei casi afferenti a "famiglie" di DRG omologhi (che presentano cioè DRG per casi con e senza complicazioni e/o comorbidità) è pari a 28,1%, con valori massimi in Valle d'Aosta (38,7%), Liguria (36,8%), Toscana (34,2%), e minimi in Campania (22,4%).

Nella Tavola 3.2 è riportata la distribuzione regionale del peso medio dei ricoveri negli anziani (65 anni e oltre) sia in regime ordinario sia in day hospital. Limitando l'osservazione ai soli ricoveri per acuti in regime ordinario, si rileva un peso medio nazionale pari ad 1,50, maggiore di oltre il 20% rispetto a quello dei ricoveri ordinari complessivi, senza distinzione di età. La crescita rispetto all'anno 2003 (1,46) si

riscontra in tutte le Regioni: nel dettaglio, i valori massimi (1,68) sono in Piemonte e in Toscana (1,65) mentre i valori minimi, seppure incrementati rispetto all'anno precedente, si osservano in Sardegna (1,26) e in Calabria (1,27).

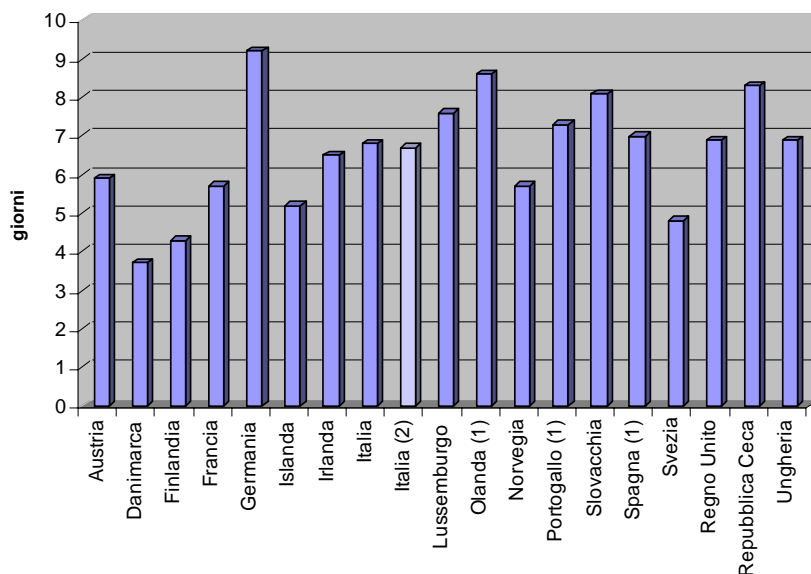
4. **INDICATORI DI EFFICIENZA** [Tavole 4.1 – 4.4]

L'indice comparativo di performance (ICP) esprime l'efficienza operativa, valutata attraverso la degenza media, standardizzata rispetto al case-mix (ossia rispetto a specifici valori di riferimento ottenuti considerando l'intera casistica nazionale). In sintesi, un valore di ICP minore di 1, indica un'efficienza operativa superiore rispetto al valore di riferimento mentre un valore di ICP maggiore di 1, indica un'efficienza operativa inferiore rispetto al riferimento. I valori più bassi di ICP si registrano in Sicilia (0,92), Campania ed Umbria (0,93); quelli più elevati, in Piemonte (1,07), in Veneto e nella P.A. di Trento (1,08), Molise (1,09) e Lazio (1,11) [Tavola 4.1].

La degenza media nazionale per i ricoveri per acuti in regime ordinario è stabile ed è pari a 6,7 giorni, con un minimo di 5,5 giorni in Campania e un massimo di 8,6 in Valle d'Aosta. La degenza media pre-operatoria, sintomo anche di appropriatezza organizzativa, è in lieve riduzione rispetto agli anni precedenti. A livello nazionale è pari a 2,05 giorni; le durate inferiori si osservano nelle Marche (1,56) e in Friuli Venezia Giulia (1,44).

Per un raffronto con alcuni Paesi dell'Unione europea si riporta il seguente grafico.

Degenza media per acuti in alcuni Paesi dell'Unione europea. Anno 2002



Fonte pubblicazione OCSE "Health at Glance 2005"

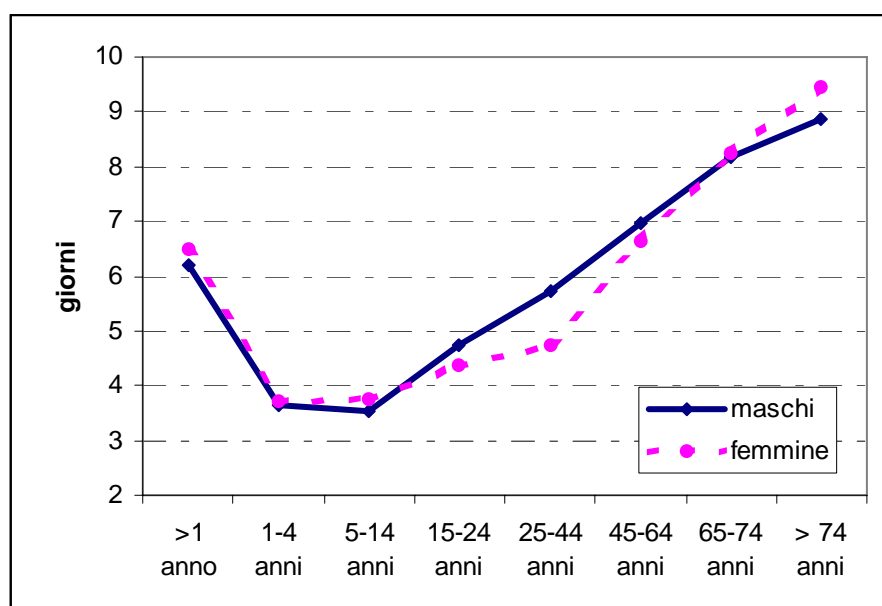
(1) anno 2001; (2) anno 2004

Relativamente alla tipologia di istituti, la degenza media per i ricoveri per acuti in regime ordinario mostra valori più elevati nelle strutture pubbliche (6,8 giorni) rispetto a quelle private (5,5) [Tavola 4.2].

Lo stesso accade, anche se con differenze molto meno rilevanti, nella riabilitazione (istituti privati 27 giorni, istituti pubblici 26 giorni). Per i ricoveri di lungodegenza la degenza media è stabile nelle strutture pubbliche (circa 26 giorni) e in lieve diminuzione nelle strutture private (circa 37 giorni). La distribuzione regionale delle degenze medie per queste due tipologie di assistenza ospedaliera mostra un'evidente variabilità.

La degenza media è, inoltre, analizzata, per ciascuna Regione, per le diverse fasce d'età e per sesso nei ricoveri in regime ordinario nelle discipline per acuti; le Tavole 4.3 e 4.4 mostrano che, dopo il primo anno d'età, vi è un andamento progressivamente crescente della durata media dei ricoveri, fino ai valori massimi registrati nelle classi d'età più anziane: 8 giorni nella fascia d'età 65-74 anni, 9 in quella di età 75 ed oltre; i valori di tutte le fasce di età sono sostanzialmente stabili rispetto all'anno precedente. Nella popolazione con età ≥ 65 anni, la durata media dei ricoveri per acuti in regime ordinario è lievemente maggiore nella popolazione femminile rispetto a quella maschile.

Degenza media nelle discipline per acuti, per età e sesso



5. **INDICATORI DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA** [Tavole 5.1 – 5.7]

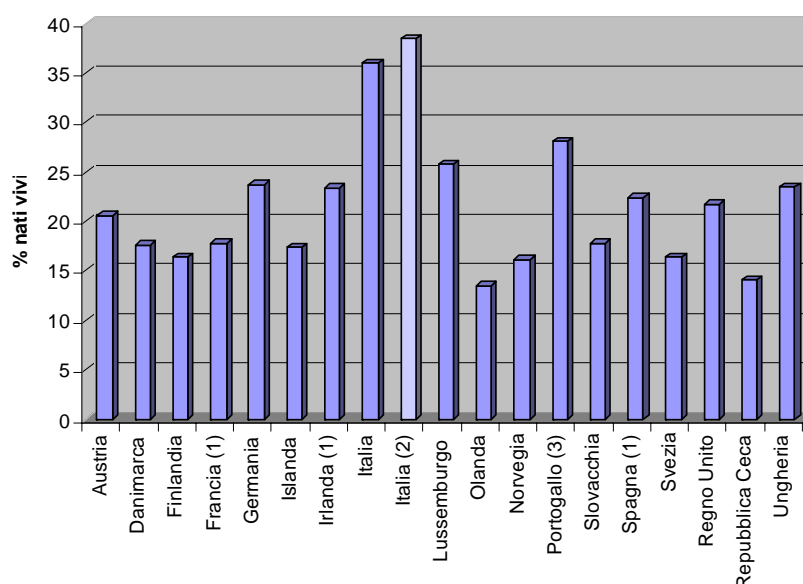
I dati rilevati con la scheda di dimissione consentono di calcolare alcuni indicatori di efficacia e di appropriatezza delle cure ospedaliere erogate, utili per valutazioni generali in ambito programmatico ed inoltre possono essere considerati “indicatori sentinella” per più approfondite analisi di qualità [Tavole 5]. Nel rapporto sono stati considerati solo alcuni indicatori ritenuti più robusti dal punto di vista metodologico e che presentano maggiore affidabilità per completezza e qualità dei dati di base; come nei

precedenti rapporti sono riportati alcuni indicatori che analizzano la frequenza di specifici interventi chirurgici ed il ricorso al ricovero ospedaliero per alcune diagnosi di particolare interesse ai fini di valutazioni di appropriatezza. Inoltre, facendo seguito alle indicazioni contenute nel DPCM 29 novembre 2001 di “definizione dei livelli essenziali di assistenza”, sono monitorati i principali dati riguardanti i 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in modalità di degenza ordinaria.

La percentuale di parti cesarei rispetto al totale dei parti è pari a 37,8% a livello nazionale, ancora in aumento rispetto agli anni precedenti (36,7% nel 2003 e 35,8% nel 2002); l'intervallo di variazione è compreso tra il 23% della P.A. di Bolzano ed il 59% della Campania. Valori elevati si riscontrano in Lazio e Abruzzo e in tutte le regioni meridionali, con valori pari al 50% in Basilicata e Sicilia.

Nei confronti degli altri Paesi dell'Unione europea l'Italia presenta i valori più elevati nella frequenza dell'evento parto cesareo, come si evidenzia nel seguente grafico.

Dimissioni per parto cesareo per 100 nati vivi in alcuni Paesi dell'Unione europea. Anno 2002



Fonte pubblicazione OCSE “Health at Glance 2005”

(1) anno 2001; (2) anno 2004;

(3) dato sovrastimato perchè pone a denominatore le sole nascite avvenute negli ospedali pubblici

L'indicatore "dimessi con DRG medico da reparti chirurgici" esamina la proporzione di casi medici dimessi da reparti chirurgici e rappresenta un indicatore *proxy* dell'appropriato utilizzo di questi reparti rispetto alla casistica trattata. Si evidenzia una riduzione dei valori rispetto agli anni precedenti ed una elevata variabilità a livello territoriale. Il valore più basso, che indica maggiore appropriatezza, si registra in Emilia Romagna (27,5%), quello più elevato (maggiore inappropriatezza) in Calabria (49,3%). In generale tutte le regioni meridionali presentano valori elevati, comunque in trend di riduzione rispetto all'anno 2003.

Nella tavola 5.1 del Rapporto sono presentati i tassi di ospedalizzazione per alcune specifiche patologie e procedure chirurgiche effettuate, scelte tra le più diffuse e tra quelle per le quali l'ospedalizzazione può essere considerata *proxy* di inefficacia del livello di assistenza primaria e specialistica territoriale.

Il tasso di ospedalizzazione per diabete si riduce rispetto all'anno 2003 (114,7) ed è pari a 110,3 per 100.000 abitanti; il valore più elevato rimane quello della Regione Sicilia (192,3), il più basso quello della regione Valle D'Aosta (28,7).

In riduzione anche il tasso di ospedalizzazione per asma che è pari a 41,6 per 100.000 abitanti, con i valori massimi che si registrano in Sicilia (54,3), Sardegna (57,6) e Campania (54,6).

Viene riportato anche l'indicatore relativo al tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco, per il quale si registra una notevole variabilità territoriale e, a differenza degli altri indicatori sopra riportati, con un incremento negli anni piuttosto costante e rilevante; il valore medio nazionale è pari a 321,6 per 100.000 abitanti (314 per 100.000 nel 2003), con i massimi in Molise (525) e Friuli Venezia Giulia (522) ed i minimi in Sardegna (226) e Piemonte (232).

Nella tavola 5.2 sono presentati altri indicatori di appropriatezza, espressi come tassi di ospedalizzazione per specifiche condizioni chirurgiche, selezionate tra quelle più frequenti (prostatectomia TURP, appendicectomia, tonsillectomia, isterectomia).

Per tali procedure/interventi esistono evidenze che indicano come la variabilità esistente tra aree geografiche è maggiormente attribuibile all'offerta dei servizi sanitari o ad aspetti socio-economici e culturali che non alla diversa distribuzione epidemiologica del bisogno sanitario. Si tratta di prestazioni chirurgiche molto diffuse e comunemente trattabili, sulle quali il fenomeno della mobilità tra le Regioni dovrebbe teoricamente avere scarso effetto. Per alcune di queste sono inoltre ben note le caratteristiche di sovrautilizzo.

Il ricorso al ricovero per appendicectomia ed isterectomia registra una riduzione rispetto all'anno 2003. Il tasso di appendicectomia è stato pari nel 2004 a 98,5 per 100.000 abitanti e risulta in costante diminuzione già da diversi anni. Sussiste ancora una discreta variabilità territoriale, con valori più che doppi in Valle D'Aosta (221 per 100.000) e nelle Province autonome di Trento (160) e Bolzano (190) rispetto alle regioni Friuli Venezia Giulia e Basilicata (71).

Anche il tasso di ospedalizzazione per isterectomia evidenzia una riduzione rispetto al 2003. Il valore registrato negli anni precedenti risultava in lieve aumento mentre nel 2004 è pari a 373,8 dimissioni per 100.000 donne di età superiore a 45 anni. I valori maggiori si registrano in Lombardia, PA di Bolzano e Molise; valori inferiori alla media si riscontrano in molte Regioni del centro-sud, Valle d'Aosta ed Emilia Romagna.

La tonsillectomia, dopo aver registrato una diminuzione negli anni 2001-2003, anche sicuramente per effetto di indicazioni nazionali e regionali appositamente predisposte, risulta nel 2004 in lieve incremento con 136 ricoveri per 100.000 abitanti. Come per l'appendicectomia, anche per la tonsillectomia risulta una consistente variabilità regionale: in Piemonte, P.A. di Bolzano, Veneto i tassi di ospedalizzazione superano il 170 per 100.000 mentre in Puglia, Basilicata e Calabria non si raggiunge l'80 per 100.000.

La prostatectomia transuretrale (TURP) offre un esempio di un indicatore di appropriatezza clinica di segno opposto alla percentuale dei tagli cesarei: una ridotta frequenza potrebbe indicare un sotto-utilizzo di una prestazione di provata efficacia. Il valore nazionale si attesta a 341 dimessi di oltre 49 anni per 100.000 abitanti, con una distribuzione regionale dell'indicatore piuttosto disomogenea, che suddivide l'area settentrionale (valori elevati in Veneto, Lombardia, P.A. Bolzano) da quella meridionale (valori minimi in Calabria, Molise e Campania) e presenta il massimo valore nella regione Lazio (488).

Nel rapporto sono stati introdotti dall'anno 2003 dati analitici regionali sui 43 DRG definiti ad alto rischio di inappropriata se erogati in modalità ordinaria ai sensi del DPCM 29 novembre 2001.

A sintesi della tavola 5.3 si riporta di seguito l'elenco dei 10 DRG sui quali si sono registrate le maggiori riduzioni in termini di ricoveri in modalità ordinaria rispetto all'anno 2002.

DRG con maggiore riduzione dei ricoveri in regime ordinario. Anno 2002 - 2004

<i>DRG</i>	<i>2002</i>		<i>2004</i>	
	<i>Ricoveri</i>	<i>% in DH</i>	<i>Ricoveri</i>	<i>% in DH</i>
039 - Interventi su cristallino con o senza vitrectomia	464.246	62,7	436.262	78,1
025 - Convulsioni e cefalea età > 17 senza CC	50.922	21,2	42.437	26,4
183 - Esofagite, gastroenterite, miscellanea mal. app. digerente età > 17 senza CC	200.213	21,6	173.348	27,9
243 - Affezioni mediche del dorso	131.629	16,2	109.452	21,3
162 - Interventi per ernia inguinale e femorale età > 17 anni senza CC	153.277	31,5	153.576	47,3
134 - Ipertensione	129.426	46,1	121.436	58,0
222 - Interventi sul ginocchio senza CC	150.404	26	157.788	40,4
184 - Esofagite, gastroenterite, miscellanea mal. app. digerente età <18	114.771	19,1	99.995	23,6
119 - Legatura e stripping di vene	112.063	40,5	116.124	55,7
364 - Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	108.171	55,3	103.998	67,7

In particolare già da tempo gli indicatori sulla percentuale di interventi chirurgici sul cristallino e gli interventi di legatura e stripping di vene effettuati in modalità di day hospital sono monitorati ai fini della valutazione dell'appropriatezza del *setting* assistenziale.

Per il primo indicatore il dato nazionale, ancora in aumento, è pari al 78,1% (nel 2002 62,7%); l'incremento si osserva in tutte le Regioni italiane. I valori più elevati si riscontrano in Valle D'Aosta (99,3%), e con oltre il 95% in P.A. di Trento, Liguria, Emilia Romagna e Umbria, mentre quelli minimi si rilevano in alcune Regioni del sud, in particolare in Molise (32,4%), Calabria (38,3%) e Sardegna (37,8%).

Il secondo indicatore, relativo agli interventi di legatura e stripping di vene, mostra un valore nazionale pari a 55,7% (40% nel 2002), con valori superiori al 90% in Liguria, Toscana e Umbria, e valori inferiori al 30% in Lombardia, Molise, Puglia e Sardegna. Anche per questo indicatore la crescita è evidente in tutte le regioni, ma persiste una notevole variabilità territoriale.

Nel presente rapporto sull'attività ospedaliera è riportata, per ciascuna disciplina di ricovero, l'analisi dei ricoveri ripetuti nell'anno in regime ordinario. Nella tavola 5.4 sono descritti solo per il livello nazionale il numero dei ricoveri ripetuti, il totale dei dimessi, la percentuale di ricoveri ripetuti e il numero medio degli stessi. Il valore nazionale della percentuale di ricoveri ripetuti è pari a 21,4% e il numero medio di ricoveri ripetuti nella stessa disciplina e nella stessa Regione è 2,4. Relativamente alle discipline di ricovero si osservano percentuali di ricoveri ripetuti superiori al 50% in ambito oncologico ed ematologico.

Nelle tavole 5.5 - 5.7 sono riportate le distribuzioni del numero dei dimessi per la modalità di dimissione in regime ordinario ed il tipo di attività (acuti, riabilitazione, lungodegenza). Il 2,32% dei pazienti risulta deceduto in ospedale nelle discipline per acuti; tale percentuale è significativamente più alta nelle Regioni del centro-nord e minima nelle Regioni meridionali e soprattutto in Sicilia (0,9%). Per contrasto la dimissione volontaria, contro il parere dei medici, (valore nazionale: 3,7%) è molto più consistente nelle regioni meridionali e in particolare nella regione Campania (10,5%).

La percentuale di deceduti nelle discipline di riabilitazione è pari allo 0,92% e risulta più omogenea a livello territoriale. Per la lungodegenza il valore nazionale dei deceduti è pari al 18% e riflette al contrario una elevatissima eterogeneità territoriale a conferma della variabilità della casistica trattata in ambito ospedaliero.

6. *INDICATORI DI DOMANDA E MOBILITA'* [Tavole 6.1 – 6.22]

Gli indicatori di questa sezione (tassi di ospedalizzazione, mobilità ospedaliera, assistenza ospedaliera a cittadini stranieri, ricoveri per traumatismo) forniscono importanti indicazioni per le attività di programmazione sanitaria e per la valutazione del livello di attuazione del Piano Sanitario Nazionale.

I tassi di ospedalizzazione per Regione di residenza, tipo di attività ospedaliera, regime di ricovero e sesso [tavola 6.1], confermano la tendenza, egualmente distribuita tra i sessi, alla riduzione del ricovero ordinario nelle discipline per acuti (circa 4-5 per 1.000 in meno rispetto all'anno precedente) ed all'aumento di quello in day hospital (3 per 1.000 in più). Il dato registrato a livello nazionale è, per il regime ordinario, pari a 141,47 per 1.000 abitanti e per il day hospital pari a 65,40. Per le discipline di riabilitazione e lungodegenza l'incremento dei ricoveri è molto più contenuto ed equamente distribuito tra i sessi. Per il raffronto con alcuni Paesi dell'Unione europea, si veda il grafico a fine paragrafo;

I tassi di ospedalizzazione per Regione standardizzati si riferiscono ai ricoveri per acuti in regime ordinario [tavola 6.2]. La procedura di standardizzazione, effettuata con il metodo diretto utilizzando come riferimento la popolazione italiana al Censimento 2001, consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età della popolazione regionale, e di ottenere tassi di ospedalizzazione confrontabili. Rispetto al valore medio nazionale (141,45 per 1.000), valori elevati si registrano in quasi tutte le Regioni centro meridionali, valori più bassi si osservano in Piemonte, Friuli Venezia Giulia e Toscana.

E' confermata anche per l'anno 2004 la tendenza alla riduzione del tasso di ospedalizzazione dei ricoveri entro Regione in regime ordinario [tavola 6.3], e la stabilità del tasso di ospedalizzazione dei

ricoveri fuori Regione e di quelli entro e fuori Regione in day hospital. Occorre fare comunque attenzione nella valutazione dei tassi per il regime diurno per la differente modalità di registrazione degli accessi e della chiusura delle cartelle cliniche.

La riduzione dei ricoveri ordinari nelle discipline per acuti e l'aumento dei ricoveri in day hospital si verificano, anche se in misura diseguale, in tutte le fasce d'età [tavola 6.4];

Un ulteriore livello di dettaglio, utile al confronto tra aree geografiche con diversa composizione della popolazione è fornito dai tassi di ospedalizzazione regionali per fasce d'età, sesso e tipologia di attività [tavole 6.5-6.12]. Il ricorso al ricovero è maggiore nel sesso maschile, ad eccezione delle classi di età corrispondenti all'età fertile delle donne.

La tavola 6.13 fornisce tassi di ospedalizzazione della popolazione anziana (65 anni ed oltre) per alcune tipologie di interventi chirurgici e/o procedure diagnostico-terapeutiche, particolarmente frequenti in questo sottogruppo di popolazione, quali: intervento per cataratta, tasso nazionale 3.263 per 100.000 anziani (3.405 nel 2003); intervento di sostituzione dell'anca, tasso nazionale 553 (547 nel 2003); intervento di bypass coronario, tasso nazionale 143 (152 nel 2003); angioplastica coronarica: 310 (259 nel 2003). La variabilità geografica è evidente in tutti gli interventi considerati; in generale è riscontrabile la presenza di valori più elevati per gli interventi di sostituzione dell'anca e di angioplastica coronarica nelle Regioni settentrionali.

La mobilità ospedaliera regionale, nelle strutture pubbliche e private accreditate, è rappresentata dalle apposite matrici di mobilità [tavole 6.14 - 6.19]. I totali di colonna esprimono il numero di pazienti, residenti in una data regione, complessivamente ricoverati entro e fuori regione di residenza. Le singole celle della matrice riportano il numero di dimessi, con indicata orizzontalmente la regione di ricovero e verticalmente la regione di residenza. Le tavole riportano inoltre, il numero di pazienti provenienti dall'estero e di coloro cui non è stato possibile stabilire la provenienza, per incompletezza o errore dell'apposita informazione contenuta nella SDO. Le matrici di mobilità si distinguono in regime ordinario e diurno rispetto ai ricoveri per acuti e di riabilitazione; vi è infine una sola tabella di mobilità per ricoveri di lungodegenza in regime di ricovero ordinario.

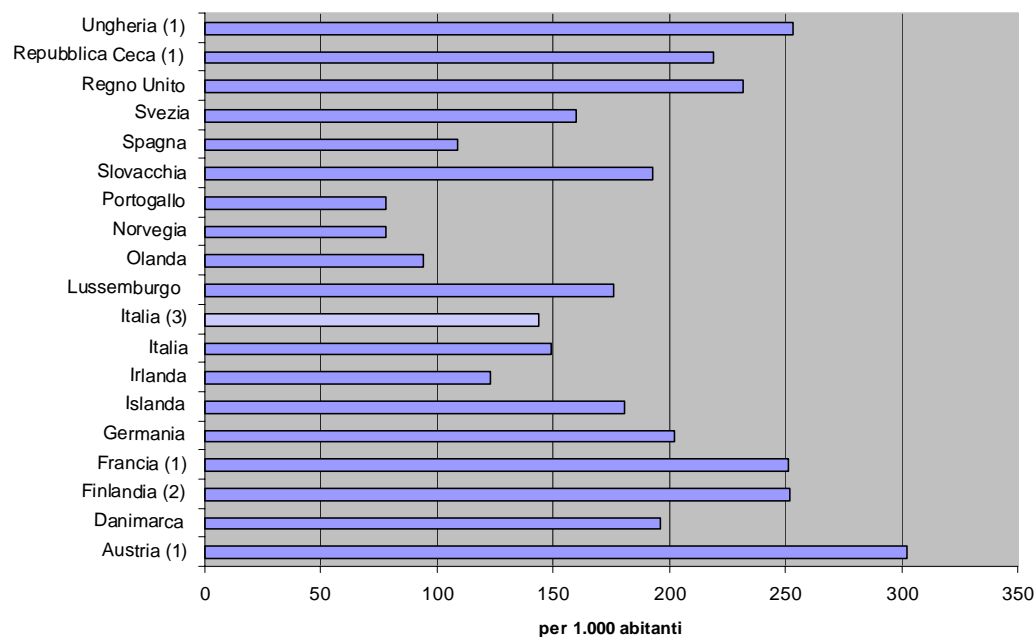
In sintesi, la quota di casi trattati in istituti di cura, diversi dalla regione di residenza risulta diminuita rispetto all'anno precedente: nei reparti ospedalieri per acuti detta percentuale è pari a 7,2% per il regime di ricovero ordinario e 6,1% per il ricovero diurno. Relativamente all'attività riabilitativa, la percentuale dei dimessi fuori regione di residenza è rispettivamente 16,6% per il ricovero ordinario e 10,3% per quello diurno.

Nel corso dell'anno 2004 l'assistenza ospedaliera erogata a favore di cittadini stranieri [tavole 6.20 - 6.21] è aumentata: sono oltre 353.000 i dimessi con cittadinanza straniera dalle strutture pubbliche e private, a seguito di un ricovero ordinario e 130.000 i dimessi da un ricovero diurno (3,8% del totale). Il 73,1% dei ricoveri avviene in modalità ordinaria, il restante 26,9% in day hospital. Nelle distribuzioni è riportato il continente di provenienza dei dimessi con la distinzione per l'Europa dei Paesi appartenenti e non alla UE.

La tavola 6.22 descrive i dimessi con diagnosi principale relativa a traumatismi e avvelenamenti (codici ICD9CM di diagnosi compresi nelle categorie 800-999) distinti in base alla causa che ha

determinato il traumatismo. In regime ordinario, risultano 63.319 i dimessi per incidente stradale, 52.576 i dimessi per incidente domestico e 22.719 i dimessi per infortunio sul lavoro; tali valori, nonostante siano fortemente sottostimati per la mancata segnalazione della causa del traumatismo (circa il 46%), denotano una sensibile diminuzione rispetto all'anno precedente.

Dimissioni ospedaliere in alcuni Paesi dell'Unione europea, per 1.000 abitanti. Anno 2002



Fonte pubblicazione OCSE "Health at Glance 2005

(1) include le dimissioni in day hospital; (2) include i trasferimenti tra i reparti dell'ospedale; (3) anno 2004

7. **INDICATORI ECONOMICI** [Tavole 7.1 – 7.7]

Il Decreto legislativo n. 229/1999 stabilisce che il Ministro della sanità individui i sistemi di classificazione che definiscono le unità di prestazioni o di servizio da remunerare e determini le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base a costi standard di produzione e quote standard di quote generali. Lo stesso decreto stabilisce i criteri in base ai quali le Regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività.

A seguito del Decreto ministeriale 30 giugno 1997 che ha stabilito le tariffe a livello nazionale delle prestazioni ospedaliere ciascuna Regione ha adottato propri valori tariffari, ne ha modulato l'entità sia individuando classi differenziate di erogatori, sia stabilendo tetti di spesa ed abbattimenti tariffari. Sono state, altresì, previste da parte delle Regioni modalità integrative di remunerazione per alcuni programmi e tipologie di attività non tariffabili a prestazione.

I dati che vengono presentati in questa sezione del rapporto annuale SDO non sono pertanto stime di costi effettivi ma una valorizzazione teorica secondo le tariffe nazionali delle prestazioni di ricovero, la cui utilità è di fornire dei parametri economici orientativi.

I dati presentati sono i seguenti:

- ✓ Valorizzazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime ordinario, secondo le tariffe nazionali [tavola 7.1]. La tabella presenta la remunerazione teorica per fasce d'età quinquennali e sesso, relativamente al ricovero per acuti in regime ordinario. È riportato sia il valore teorico complessivo sia quello medio per singolo ricovero e per ciascun dimesso, secondo le diverse fasce d'età. La valorizzazione teorica complessiva è maggiore per i ricoveri dei maschi rispetto a quelli delle femmine; tuttavia, tale parametro cambia nelle diverse fasce d'età: fino ai 20 anni è maggiore per i maschi, da 20 a 44 lo è per le femmine, da 45 a 74 prevale nettamente la remunerazione per i ricoveri dei maschi, da 75 anni in poi quella dei ricoveri delle femmine. La remunerazione media a prestazione per il regime ordinario è di € 2.815 per le femmine e di € 3.213 per i maschi.
- ✓ Valorizzazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in DH, secondo le tariffe nazionali [tavola 7.2]. La tabella presenta la remunerazione teorica per fasce d'età quinquennali e sesso, relativamente al ricovero per acuti in regime di day hospital. Nel ricovero diurno la remunerazione teorica pro-capite è maggiore nei maschi fino al 14° anno di età, poi è più elevata nelle femmine per le classi di età adulta e comunque sino a 60 anni. Se invece si considera la remunerazione media a prestazione, vi sono sempre valori inferiori per le femmine.
- ✓ Grafico relativo all'impatto economico teorico nelle singole classi di età, per sesso, limitatamente ai ricoveri per acuti in regime ordinario [tavola 7.3].
- ✓ Valorizzazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per DRG, secondo le tariffe nazionali [tavole 7.4 e 7.5]. Le due tabelle presentano la remunerazione teorica per i DRG più frequenti (in termini di dimessi) e per quelli con maggiore ammontare complessivo della remunerazione stessa. Dal confronto tra le tabelle, si nota che alcuni DRG seppure meno frequenti come causa di ricovero hanno un impatto rilevante sulla remunerazione teorica. Ad esempio il DRG 209 (cui afferiscono interventi ortopedici maggiori tra i quali quelli sulle articolazioni dell'anca e del ginocchio) rappresenta la classe a maggiore impatto economico teorico, pur essendo 6° in termini di numero di ricoveri. Lo stesso può dirsi per il DRG 112 (interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea) che pur costituendo una voce di elevato impatto in termini remunerativi è solo 9° nell'elenco dei DRG più frequenti. Al contrario il DRG 183 (esofagite, gastroenterite e miscellanea app. digerente età >17 anni senza CC) pur avendo una elevata frequenza in termini di dimissioni, risulta solo al 27° posto in termini di impatto remunerativo.

Alle tavole sulla remunerazione teorica sono state aggiunte in questo Rapporto le tavole sintetiche sulla distribuzione regionale dei dimessi per onere della degenza complessivamente e relativamente ai più frequenti DRG.

8. INDICATORI PER IL CONTROLLO ESTERNO [Tavole 8.1 – 8.3]

Le informazioni raccolte attraverso le SDO possono essere utilizzate anche allo scopo di controllare gli effetti del sistema di remunerazione tariffaria e le relative modalità di applicazione. In questa sezione sono riportate elaborazioni che pur non avendo carattere esaustivo, consentono di effettuare valutazioni generali su alcuni fenomeni che riguardano i ricoveri per acuti in regime ordinario.

Nella tabella “Indicatori per il controllo per regione” [tavola 8.1] vengono presentati i dati relativi ai casi di trasferimento ad altro istituto di cura, in totale ed entro i primi due giorni di ricovero, le percentuali di casi definiti complicati; di casi con DRG 469 (Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione) e 470 (Non attribuibile ad altro DRG) e dei DRG atipici, quali il 468 (Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale), 476 (Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale), 477 (Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale); il rapporto tra numero di neonati sani (DRG 391), sul totale dei neonati rilevati. Rispetto agli anni precedenti, resta sostanzialmente stabile la percentuale dei trasferiti (1,5%); aumenta la quota di neonati definiti sani (73,4%).

Viene riportata inoltre la distribuzione di frequenza degli istituti di cura sulla base del rapporto fra casi complicati e totale dei casi attribuiti ai DRG "omologhi".

Sono definiti “omologhi” 224 DRG identificati, oltre che dalla diagnosi principale e/o dall'intervento chirurgico, anche dalla presenza (cosiddetti “DRG complicati”) o assenza di diagnosi secondarie "significative"; riportare quest'ultima informazione nella scheda di dimissione ospedaliera comporta, quindi, l'attribuzione del relativo caso a un gruppo diagnostico di maggiore complessità e, conseguentemente, una maggiore remunerazione.

E' evidente che, qualora si riportino delle diagnosi secondarie che non trovino riscontro nelle condizioni cliniche del paziente, come sono documentate dalla cartella clinica, si determinerebbe una classificazione non corretta dei casi trattati e una conseguente remunerazione non appropriata. La distribuzione degli istituti di cura sulla base del rapporto fra il numero dei casi attribuiti ai DRG "complicati" e il numero totale di casi attribuiti ai DRG che possono variare in funzione delle diagnosi secondarie, evidenzia un valore medio di tale rapporto, sull'insieme degli istituti di ricovero, pari a 26, stabile rispetto allo scorso anno. Il 90% degli istituti presenta una proporzione di casi "complicati" inferiore al 43%. Questo valore può essere orientativamente assunto come soglia al di sopra della quale attivare procedure di controllo della compilazione delle SDO, attraverso il confronto con le rispettive cartelle cliniche.