

RAPPORTO ANNUALE SULL'ATTIVITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO

DATI SDO 2006

1. COMPLETEZZA E QUALITÀ DELLA RILEVAZIONE [Tavole 1.1 –1.7]

La completezza delle informazioni rilevate attraverso la scheda di dimissione ospedaliera (SDO) è notevolmente cresciuta nel tempo e ha raggiunto un buon livello grazie alla stretta collaborazione del Ministero con le Regioni, Province autonome ed Aziende. La completezza ottimale del flusso informativo è confermata dal numero degli istituti di ricovero rilevati (1.323) e delle schede di dimissione trasmesse (12.857.813) [Tavola 1.1].

L'evoluzione nel tempo del flusso informativo relativo alle schede di dimissione ospedaliera è sintetizzata e descritta dal 1998 al 2006, attraverso i principali indici di completezza e 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 2006, meno dell'8% delle schede di dimissione presenta almeno un errore in qualsiasi campo sottoposto a controllo; tale valore non è confrontabile con indicatori simili elaborati per i dati antecedenti al 2004, 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.

Da diversi anni ormai, le schede vengono trasmesse da tutte le Regioni e Province autonome, per un totale di 1.323 istituti di ricovero, pari al 97,7% di quelli risultanti nell'anagrafe del Sistema Informativo Sanitario, di cui 727 pubblici ed equiparati pubblici (99,9%) e 596 privati (95,2%), accreditati e non accreditati. Il 4,8% delle strutture private che non ha inviato la SDO è costituito da 9 case di cura accreditate e 22 case di cura non accreditate. L'elenco dettagliato degli istituti non presenti nelle SDO 2006 è riportato in allegato [Allegato 1].

La tavola 1.3 riporta tutti gli errori complessivamente rilevati, mentre la Tavola 1.4 descrive in dettaglio la distribuzione regionale degli errori rilevati nei singoli campi della scheda di dimissione ospedaliera. Gli errori sono principalmente riconducibili a problemi di anagrafica delle strutture (0,5% delle schede) e al motivo del ricovero in regime diurno (diagnostico, chirurgico o altro).

In considerazione dell'utilizzo sempre più incisivo del codice fiscale del paziente per analisi di carattere epidemiologico e di valutazione della qualità dei servizi sanitari erogati, sono stati introdotti numerosi controlli di qualità per la suddetta variabile. I risultati sono descritti nella tavola 1.5 del Rapporto, da cui emerge una situazione decisamente positiva: quasi il 98% dei codici (codici fiscali di cittadini italiani e STP per gli stranieri) sono validi e possono essere efficacemente utilizzati per il tracciamento della storia clinica del dimesso. 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 variare leggermente e differire dal totale complessivo delle SDO acquisite.

L'accuratezza nella compilazione delle variabili cliniche della SDO è valutata calcolando il numero medio di diagnosi ed il numero medio di interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e terapeutiche riportati in ciascuna scheda di dimissione¹ [Tavole 1.6 - 1.7]. In generale il numero medio di diagnosi è superiore nel settore pubblico rispetto al privato (per acuti 2,4 in regime ordinario e 1,6 in ricovero diurno; 3,2 per riabilitazione in regime ordinario e 3,9 per lungodegenza), con l'unica eccezione della riabilitazione in day hospital (2,5 pubblico e 2,6 privato). Per quanto riguarda gli interventi chirurgici e/o procedure si osserva che il numero medio è più elevato nelle SDO degli istituti privati (per acuti 2,7 in regime ordinario e 2,3 in day hospital, mentre nel pubblico si ha rispettivamente 2,3 e 2,1).

2. ATTIVITÀ COMPLESSIVA

2.1 Dati generali e trend [Tavole 2.1.1 – 2.1.6]

La Tavola 2.1.1 riporta il numero complessivo dei dimessi, pari a 12.857.813, ed il totale di giornate di ricovero, pari a 78.008.561: circa 109.000 ricoveri e oltre 1.060.000 giornate di degenza in meno rispetto all'anno 2005.

In particolare nel 2006 si riduce il numero delle dimissioni per acuti in regime ordinario (-0,98%), ed in modo più consistente il numero di dimissioni in regime diurno (-1,8 %). Aumentano le dimissioni di

¹ 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.

lungodegenza (5,5%) e la riabilitazione in entrambi i regimi di ricovero (dimissioni 5,35% in regime ordinario e 4,68 % in day hospital).

Nella tabella sottostante sono riportati sinteticamente i numeri dell'attività ospedaliera nell'ultimo triennio.

Dimessi e giornate di degenza per tipologia di attività. Anni 2004 – 2006

Tipologia di attività	2004		2005		2006		Δ % 2006-2005	
	Dimessi	Giornate	Dimessi	Giornate	Dimessi	Giornate	Dimessi	Giornate
Acuti – Regime ordinario	8.339.955	55.626.703	8.200.636	54.951.750	8.120.530	54.275.313	-0,98	-1,23
Acuti – Day hospital	3.816.783	10.291.960	3.913.856	10.534.570	3.843.562	10.337.213	-1,80	-1,87
Riabilitazione – Regime ordinario	274.146	7.232.547	283.708	7.410.241	298.878	7.687.168	5,35	3,74
Riabilitazione – day hospital	60.864	776.680	67.761	907.212	70.932	950.323	4,68	4,75
Lungodegenza	100.212	2.976.182	97.712	3.079.519	103.104	3.284.486	5,52	6,66
Neonati sani	397.428	1.330.941	392.209	1.294.632	410.932	1.353.072	4,77	4,51
Totale	12.989.388	78.235.013	12.955.882	78.177.924	12.847.938	77.887.575	-0,83	-0,37

La degenza media per acuti in regime ordinario si è ormai stabilizzata sul valore di 6,7 giorni a partire dal 2002.

Il peso medio della casistica trattata diminuisce nel 2006 ma è prioritariamente effetto dell'adozione del sistema dei pesi DRG Medicare 19° versione.

2.2 Ricoveri nelle discipline per acuti [Tavole 2.2.1 - 2.2.13]

Nel corso del 2006 sono stati effettuati oltre 11,964 milioni di ricoveri nei reparti per acuti, che rappresentano il 93% di tutti i ricoveri ospedalieri, di cui circa 8,1 milioni (67,9%) in regime di degenza ordinaria e oltre 3,8 milioni (32,1%) in day hospital.

Nelle aziende ospedaliere e negli ospedali a gestione diretta il volume dei ricoveri per acuti è superiore al 71% del totale, sia per il regime ordinario che in day hospital. Policlinici universitari ed IRCCS effettuano rispettivamente, 2,9% e 4,9% dei ricoveri ordinari per acuti, mentre la percentuale dei ricoveri è rispettivamente 6,1 e 7,2 per i ricoveri diurni, con variazioni di scarso rilievo rispetto all'anno precedente. L'attività delle case di cura private accreditate rappresenta il 15,2% nelle discipline per acuti in ricovero ordinario e 11,6% in ricovero diurno, segnalando un lieve incremento nel day hospital. [Tavole 2.2.1-2.2.2]

Il ricorso alle strutture private accreditate è maggiore nelle regioni meridionali, dove si registrano le percentuali di ricovero più elevate in Abruzzo (29%), in Calabria (28%) e in Campania (26%). Lo scarso valore della regione Liguria è da attribuire alla mancata compilazione della SDO da parte di alcune strutture private.

Per quanto riguarda il ricovero diurno, in aumento soprattutto nelle strutture private, la maggiore attività ospedaliera si rileva in Sardegna (20,5%), Molise (16,8%) e Campania (16,5%).

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 sono attribuiti a DRG medici o non classificabili (n.c.) oltre il 60% dei ricoveri di cui 42% in regime ordinario e 18% in regime di day hospital. L'andamento nel tempo evidenzia una lieve flessione dei casi in regime ordinario e una sostanziale stabilità per la modalità diurna.

Dimessi per regime di ricovero e tipo DRG. Anni 2003 – 2006

		2003		2004		2005		2006	
		dimessi	%	dimessi	%	dimessi	%	dimessi	%
Regime ordinario									
	DRG medico o n.c.	5.416.428	45,20	5.275.239	43,40	5.187.482	42,82	4.962.240	41,94
	DRG chirurgico	3.027.043	25,30	3.064.766	25,20	3.013.118	24,87	3.031.978	25,62
day hospital									
	DRG medico o n.c.	2.089.435	17,40	2.175.355	17,90	2.222.724	18,35	2.147.025	18,14
	DRG chirurgico	1.448.306	12,10	1.641.428	13,50	1.691.131	13,96	1.691.910	14,30
Totale		11.981.212	100,00	12.156.788	100,00	12.114.455	100,00	11.833.153	100,00

La *day surgery* e la “*one day surgery*”, con pernottamento a seguito di intervento chirurgico, che hanno presentato un consistente incremento negli anni passati, si sono assestate rispettivamente al 35,8% e al 10,6%. Le dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario sono anch'esse stabili e rappresentano ¼ dei ricoveri complessivi.

Dimessi per tipo DRG e durata della degenza. Anni 1998 - 2006

		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
% Dimessi con DRG medico o n.c.	D.H.	21,1	21,8	23,1	25,3	26,2	27,8	29,2	30,0	30,2
	Ordinario di 1 giorno	11,1	10,7	10,3	9,9	9,7	9,3	9,1	9,0	9,2
	Ordinario > 1 giorno	67,8	67,5	66,6	64,8	64,1	62,9	61,7	61,1	60,6
% Dimessi con DRG chirurgico	D.H.	14,6	17,3	20,7	24,2	28,7	32,9	34,9	35,9	35,8
	Ordinario di 1 giorno	8,6	9,9	10,2	10,1	10,2	10,1	10,3	10,3	10,6
	Ordinario > 1 giorno	76,9	72,8	69,1	65,7	61,1	57	54,8	53,8	53,6
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	1,57	1,50

Il rapporto tra le dimissioni con DRG medico e quelle con DRG chirurgico sono in continua diminuzione, passando negli anni da 2,3 nel 1998 a 1,5 nel 2006.

Nella Tavola 2.2.3 si presenta la distribuzione dei ricoveri in base alla durata di degenza. Si rileva una notevole stabilità rispetto agli ultimi anni nella proporzione di dimissioni con ricovero breve (di 0-1 giorno), che si attesta al 14,3%. Nella proporzione di ricoveri con durata della degenza superiore alla soglia

DRG-specifica, il valore sale al 4% per effetto del sostanziale abbattimento delle soglie, riportate in allegato [Allegato 4].

A partire dai codici di classificazione attualmente in uso ICD-9-CM, si descrive l'attività ospedaliera per acuti utilizzando il sistema di classificazione DRG, anche in forma di raggruppamenti in categorie diagnostiche maggiori (MDC), ed il sistema degli aggregati clinici di codici (260 ACC di diagnosi e 231 ACC di interventi/procedure), fondato quest'ultimo su criteri di affinità clinica, utile per analisi epidemiologiche e di programmazione sanitaria.

La distribuzione per MDC dei ricoveri per acuti in regime ordinario è rappresentata nella Tavola 2.2.5, nella quale sono riportati il numero dei dimessi, le giornate di degenza, la degenza media e la percentuale di ricoveri di 1 giorno.

Analogamente a quanto verificato negli anni precedenti, la frequenza maggiore di dimissioni è attribuita alle malattie dell'apparato cardiocircolatorio (14,7%), seguono le malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (12,1%), le malattie dell'apparato digerente (10%), le dimissioni per gravidanza, parto e puerperio (9,4%) e le malattie del sistema nervoso (7,5 %).

La distribuzione della casistica ospedaliera, secondo il DRG attribuito, è riportata nella Tavola 2.2.6, assieme alle giornate di degenza, degenza media e degenza media "entro il valore soglia"². E', inoltre, riportata la distribuzione dei casi per durata della degenza, considerata ai fini della remunerazione per prestazioni ospedaliere e 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 paragrafo *ad hoc* del rapporto.

Graduatoria dei primi 10 DRG degli acuti in regime ordinario. Anni 2004 – 2006

DRG		2004	2005	2006	Posizione 2005
I	373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	324.811	320.567	324.792	I
II	127 - Insufficienza cardiaca e shock	195.119	198.614	203.970	II
III	371 - Parto cesareo senza complicazioni	191.535	193.145	198.254	III
IV	209 - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianto di arti inferiori	123.145	128.684	135.111	IV
V	183 - Esofagite, gastroenterite e misc. mal.app. dig. età >17 anni senza CC	124.971	121.268	123.686	VII
VI	410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	126.773	126.923	123.222	V
VII	359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza CC	121.173	118.739	118.354	IX
VIII	014 - Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	121.271	120.379	114.579	VIII
IX	430 - Psicosi	104.074	103.013	103.352	XI
X	088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva	105.134	107.138	90.277	X

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.

La graduatoria dei primi 10 DRG per numerosità dei casi trattati conferma in parte il rango assunto dagli stessi DRG negli ultimi anni. Si osserva a tal riguardo la posizione “guadagnata” dal DRG 183 “- Esofagite, gastroenterite e misc. mal.app. dig. età >17 anni senza CC” (dalla posizione VII alla V), DRG 359 “Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza CC” (dalla posizione IX alla VII) e DRG 430 “Psicosi” (dalla posizione XI alla IX), rispetto alla casistica delle dimissioni ospedaliere 2005.

La Tavola 2.2.7 mostra la casistica prevalente, in termini di numerosità dei casi trattati, classificata nei primi 60 DRG medici e chirurgici, distribuita in ordine decrescente. Si può notare che il 50,5% delle dimissioni in regime ordinario per acuti è compreso nei primi 60 DRG e le relative giornate di degenza rappresentano il 45,8% della degenza complessiva.

Per una valutazione di carattere epidemiologico si riportano di seguito i primi 10 ACC di diagnosi e procedura dei dimessi da reparti acuti e in regime ordinario.

Graduatoria dei primi 10 ACC per diagnosi e procedura degli acuti in regime ordinario. Anno 2006

	ACC - Diagnosi	Dimessi		ACC – Procedura	Dimessi
I	Gravidanza e/o parto normale	246.779	I	Altre procedure di assistenza al parto	239.311
II	Aterosclerosi coronaria e altre malattie ischemiche cardiache	214.291	II	Elettrocardiogramma	221.141
III	Insufficienza cardiaca congestizia, non da ipertensione	193.629	III	Taglio cesareo	216.924
IV	Malattie delle vie biliari	159.449	IV	Altre procedure terapeutiche	196.690
V	Chemioterapia e radioterapia	146.283	V	Radiografia del torace di routine	185.710
VI	Aritmie cardiache	141.289	VI	TAC del capo	177.005
VII	Ernia addominale	134.729	VII	Altre procedure diagnostiche	144.627
VIII	Vasculopatie cerebrali acute	132.530	VIII	Diagnostica a ultrasuoni del cuore	129.417
IX	Polmoniti	126.438	IX	Cateterismo cardiaco diagnostico	129.224
X	Infarto Miocardio acuto	121.383	X	Diagnostica a ultrasuoni addominale o retroperitoneale	123.145

Nei primi 10 ACC di diagnosi e procedure sono comprese le dimissioni per gravidanza e parto, malattie cardiache e vascolari, trattamento delle neoplasie e malattie polmonari.

Per quanto riguarda il ricovero diurno, la distribuzione per MDC presenta numerosi accessi in talune categorie caratteristiche di questa modalità assistenziale. Ad esempio sono numerosi gli accessi per “malattie e disturbi dell'occhio” per gli interventi sul cristallino, “malattie e disturbi di pelle, tessuto sottocutaneo e mammella” per le terapie chemioterapiche [Tavola 2.2.10].

I 30 DRG più frequenti rappresentano circa il 55% dei ricoveri diurni; e tra questi ve ne sono 15 di tipo chirurgico [Tavola 2.2.11].

Anche per la casistica trattata in regime di ricovero diurno è riportato il numero di dimissioni secondo la classificazione ACC per diagnosi ed interventi/procedure principali. I primi 50 ACC per diagnosi descrivono circa il 70,6% dei casi trattati e quelli per intervento/procedura descrivono l'80,7% della casistica trattata in day hospital [Tavole 2.2.12 - 2.2.13].

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

I ricoveri ordinari nelle discipline di riabilitazione³ sono stati pari nel 2006 a 298.878, con un aumento di circa il 5% rispetto al 2005. In regime ordinario vi è una leggera prevalenza degli istituti privati accreditati, mentre in regime diurno il 74% delle dimissioni si rilevano nel settore pubblico, in particolare in aziende ed IRCCS.

La durata della degenza non si protrae oltre 60 giorni nel 94% dei casi, e la degenza media è di 25,7 giorni. La distribuzione per MDC dei ricoveri in regime ordinario riguarda prevalentemente tre gruppi nosologici: “malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo” (41%), “malattie del sistema nervoso” (22,9%), “malattie dell'apparato cardiocircolatorio” (16,5%) [Tavola 2.3.6]. I primi 30 DRG per numerosità di dimissioni descrivono quasi l'88% della casistica trattata [Tavola 2.3.7].

Per quanto riguarda la riabilitazione in day hospital, le dimissioni per “malattie e disturbi del sistema nervoso” sono le più ricorrenti, seguite dalle “malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo” [Tavola 2.3.8]

I ricoveri di lungodegenza risultano pari a 102.006 con un aumento del 5,8% rispetto al 2005. Sono gli ospedali a gestione diretta e le strutture private accreditate che svolgono un ruolo predominante per questo genere di ricoveri (90,1%).

Le categorie diagnostiche con più frequenti dimissioni di lungodegenza sono malattie e disturbi del sistema nervoso e del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo [Tavola 2.3.9].

2.4 Neonati sani [Tavole 2.4.1 – 2.4.2]

L'obbligo di rilevazione dei neonati sani presso le strutture ospedaliere, identificati con il DRG 391, è previsto dal D.M. 30 giugno 1997.

Rispetto al 2005 risultano in aumento i neonati sani in quasi tutte le regioni, con poche eccezioni rappresentate da Abruzzo, Molise e Calabria. La degenza media è di circa 3,3 giorni, sia negli istituti pubblici che nelle strutture private accreditate. Qualche attenzione richiede il confronto del numero di neonati sani con quelli rilevati negli anni precedenti: la versione 19 dei DRG ha introdotto alcune modifiche nei criteri di attribuzione del DRG 391.

È da sottolineare che il DRG 391 è attribuito anche ai neonati che presentano condizioni patologiche di lieve entità; la definizione di neonato sano è dunque relativa a tale logica di classificazione.

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.

Criteri di classificazione più restrittivi condurrebbero a riconoscere come neonati "sani" un numero leggermente inferiore di casi.

La gran parte di queste condizioni patologiche non di rilievo è riportata nella Tavola 2.4.2, che sintetizza alcuni indicatori statistici per le venti diagnosi principali più frequenti, attribuite al DRG 391.

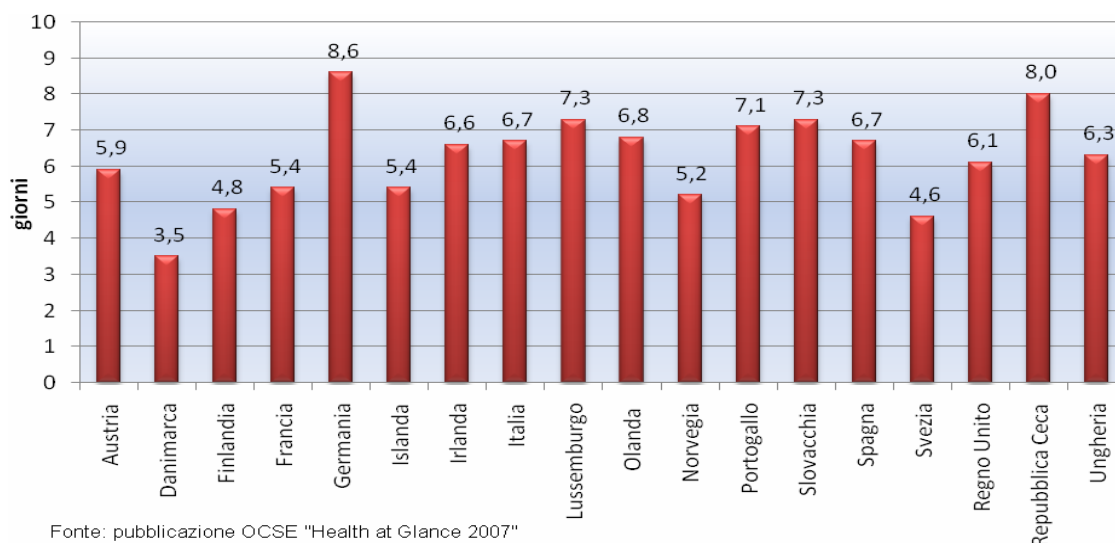
3. INDICATORI DI COMPLESSITÀ ED EFFICIENZA [Tavole 3.1 – 3.6]

Un indicatore sintetico di efficienza ospedaliera è rappresentato dalla degenza media nei ricoveri ordinari. La durata della degenza è però fortemente influenzata dalla complessità dei casi trattati e quindi standardizzata per i raffronti regionali, rispetto alla complessità della casistica assunta come standard di riferimento. I valori più elevati, oltre 7,5 giorni, si hanno nel Lazio, Valle d'Aosta e Veneto [Tavola 3.1].

L'indice comparativo di performance (ICP) esprime l'efficienza operativa, valutata attraverso la degenza media, standardizzata rispetto al case-mix. 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 [Tavola 3.1].

La degenza media nei vari Paesi europei qui rappresentati oscilla dal minimo della Danimarca (3,5) al valore massimo della Germania (8,6). Tali differenze possono essere dovute a vari fattori organizzativi nell'assistenza ospedaliera. Ad esempio in alcuni paesi nordici i pazienti in convalescenza vengono trasferiti dai reparti per acuti degli ospedali ad appositi centri sanitari, con effetti evidenti sulla durata della degenza.

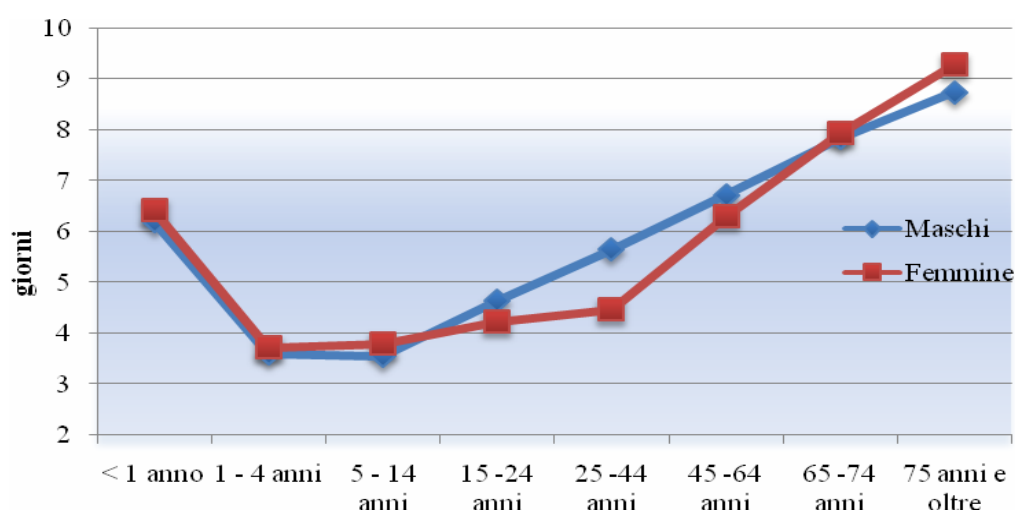
Degenza media per acuti in alcuni Paesi dell'Unione europea. Anno 2005



In Italia, la degenza media dei ricoveri per acuti è stabile e costante dal 2002 con 6,7 giorni. A livello regionale i valori oscillano dal minimo in Campania (5,4) al massimo (8,5) in Valle d'Aosta. La degenza media pre-operatoria, indice di efficienza organizzativa, è di 2 giorni a livello nazionale con valore massimo di 2,8 giorni nel Lazio e valore minimo di 1,4 giorni in Friuli Venezia Giulia.

La degenza media si protrae naturalmente per le dimissioni da reparti di riabilitazione e lungodegenza, con talune significative differenze tra le strutture pubbliche e accreditate [Tavola 3.2].

Degenza media nelle discipline per acuti, per età e sesso. Anno 2006



Infine la Tavola 3.3 e la Tavola 3.4 riportano la durata della degenza dei ricoveri per acuti distinti per fasce d'età e sesso. Dopo il primo anno di età vi è un andamento progressivamente crescente della durata media dei ricoveri, fino ai valori massimi registrati nelle classi di età più anziane: quasi 8 giorni nella fascia di età 65-74 anni, 9 in quella di 75 ed oltre; la degenza media per tutte le fasce di età è sostanzialmente stabile rispetto a quella registrata nell'anno precedente. Si rilevano alcune differenze di durata della degenza per genere, nella classe 25-44 anni (un giorno in più per le donne) e tra gli ultra 75enni (degenze mediamente più lunghe per le donne).

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 standard per DRG specifico. 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 Piemonte (1,12) in Liguria e in Toscana (1,11). Le Regioni centro-meridionali presentano un indice di case mix prossimo o inferiore all'unità [Tavola 3.6].

Il peso medio o relativo, che esprime il rapporto tra costo medio del DRG specifico e costo medio complessivo, ha un valore medio nazionale di 1,09 per il regime ordinario e 0,80 per il ricovero diurno. La distribuzione regionale di questo indicatore presenta, per entrambe le modalità di ricovero, valori più elevati rispetto al valore medio nazionale nelle regioni settentrionali. La Tavola 3.6 riporta anche il peso

medio nei ricoveri per fasce d'età estreme (fino a 14 anni, esclusi i neonati sani e 65 anni e oltre) in ambedue le modalità di ricovero. Il peso medio dei dimessi di età inferiore a 14 anni è di 0,94 per il ricovero ordinario e 0,67 per quello diurno. Le regioni con peso medio superiore al valore nazionale in regime ordinario (oltre 0,94) sono Piemonte, Veneto, Friuli V.G., Liguria, Emilia R., Toscana e Basilicata. Per i dimessi ultra 65enni i pesi medi a livello nazionale sono 1,25 e 0,81 rispettivamente per i ricoveri ordinari e diurni. Non è possibile fare alcun confronto con gli anni precedenti essendo stato modificato il sistema dei pesi di riferimento (pesi Medicare 2002).

La percentuale dei casi complicati (caratterizzati da DRG con complicanze) sul totale dei casi afferenti a "famiglie" di DRG omologhi (caratterizzati da DRG con e senza complicazioni e/o comorbidità) è 29,3% a livello nazionale e supera il 39% in Valle d'Aosta e Liguria.

4. INDICATORI DI EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA [Tavole 4.1 – 4.12]

Il capitolo dedicato agli indicatori di efficacia ed appropriatezza si è notevolmente arricchito nella versione 2006 ed è strutturato separando gli indicatori di appropriatezza organizzativa da quelli più propriamente definibili di appropriatezza clinica.

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 un incremento del valore rispetto all'anno 2005 e persiste una elevata variabilità a livello territoriale. Il valore più basso, che indica maggiore appropriatezza, si registra in Emilia Romagna (26,6%), quello più elevato (maggiore inappropriatezza) in Calabria (48,1%). In generale tutte le regioni meridionali presentano valori elevati e con solo in alcuni casi trend in diminuzione.

Anche gli altri indicatori di appropriatezza organizzativa riportati nella Tavola 4.1 illustrano situazioni più critiche nell'area meridionale e centrale del Paese. I ricoveri brevi di 0-1 giorno con DRG medico sono pari al 13,4% a livello nazionale; arrivano al 29,8% in Campania e al 17,4% in Abruzzo mentre sono sotto l'8% in Veneto e nella P. A. di Trento. La percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico con DRG medico, indicatore *proxy* di utilizzo improprio dell'ospedale, seppure per il solo regime diurno, denota a livello nazionale un valore pari al 61%. A livello regionale si evidenzia la situazione della regione Molise (84,2%) e della regione Puglia (79,1%).

L'unico indicatore che registra un valore positivo nel Sud del paese è la percentuale di ricoveri con DRG medico e degenza oltre soglia nella popolazione anziana. L'indicatore pari al 4,6% a livello nazionale registra i valori più bassi in Sicilia (2,5) e in Campania (2,9%). Occorrerebbe relazionare tali dati con la presenza di una opportuna ed idonea alternativa assistenziale a livello locale.

A completamento dell'analisi sono riportati nel volume anche i principali dati riguardanti i 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in modalità di degenza ordinaria (allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 di "definizione dei livelli essenziali di assistenza").

Nella tabella sottostante è sintetizzato il cambiamento che si è verificato distintamente per i DRG chirurgici e per i DRG medici a seguito dell'introduzione del suddetto DPCM sui LEA. Le prestazioni mediche e chirurgiche, in modalità diurna, afferenti ai predetti DRG si sono incrementate del 16,3% in 5 anni, più consistentemente quelle chirurgiche (+26%) di quelle mediche (0,04%). Le dimissioni sono state 1.468.751 nell'anno 2006, pari al 38% dell'intera attività diurna per acuti.

DRG Chirurgici e Medici . Anno 2002 – 2006

Tipo DRG	2002		2004		2006	
	Dimissioni in d.h.	%	Dimissioni in d.h.	%	Dimissioni in d.h.	%
Chirurgici	715.071	56,61%	906.541	60,61%	900.435	61,31%
Medici	547.999	43,39%	589.213	39,39%	568.316	38,69%
Tutti	1.263.070	100,00%	1.495.754	100,00%	1.468.751	100,00%

Si riporta di seguito l'elenco di 10 tra i 43 DRG che presentano evidenti incrementi di attività svolta in regime assistenziale diurno.

DRG con maggiore riduzione dei ricoveri in regime ordinario. Anno 2002 e 2006

DRG	2002		2006	
	Ricoveri	% in DH	Ricoveri	% in DH
006 - Decompressione del tunnel carpale	88.828	73,5	12.700	83,5
039 - Interventi su cristallino con o senza vitrectomia	464.246	62,7	64.976	82,9
119 - Legatura e stripping di vene	112.063	40,5	41.928	60,3
134 - Ipertensione	129.426	46,1	43.306	60,2
162 - Interventi per ernia inguinale e femorale età > 17 anni senza CC	153.277	31,5	71.091	51,4
183 - Esofagite, gastroenterite, miscellanea mal. app. digerente età > 17 senza CC	200.213	21,6	123.686	28,2
301 - Malattie endocrine senza CC	94.956	69	19.107	77,8
364 - Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	108.171	55,3	28.281	71,5
467 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	141.937	53,4	66.806	54,4
503* - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	150.404	26	86.361	44,6

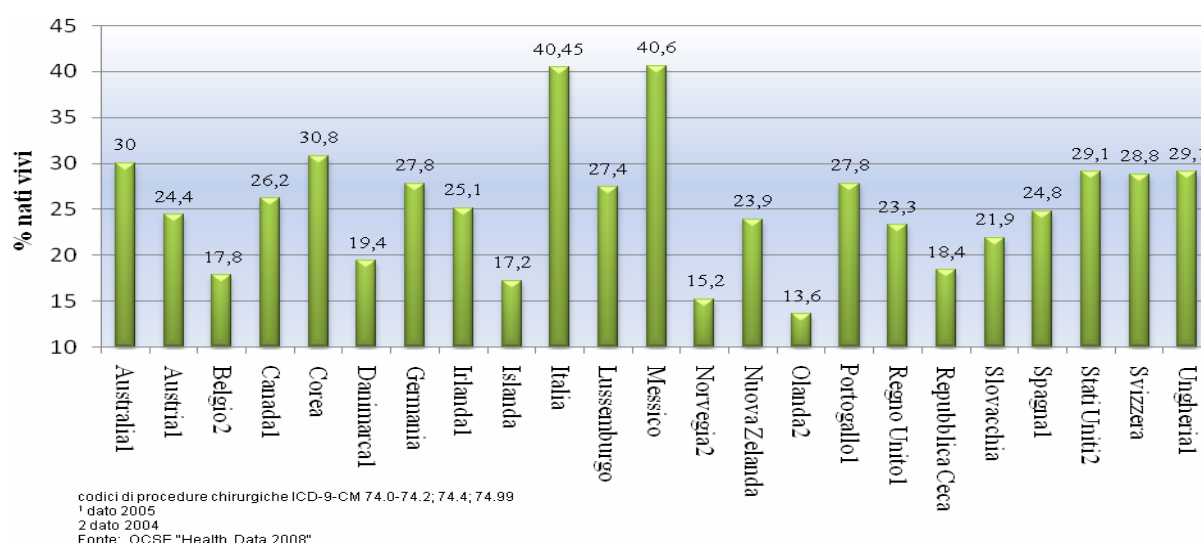
*Il DRG 503 -*Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione*- corrisponde al DRG 222 -*Interventi sul ginocchio senza CC*- della versione precedente la 19a.

Con i dati clinici della scheda di dimissione si possono esprimere valutazioni su efficacia ed appropriatezza clinica dell'assistenza ospedaliera mediante l'utilizzo di specifici indicatori. Tali indicatori,

utili ai fini delle analisi programmatiche, vengono definiti “indicatori sentinella” per valutazioni di qualità più approfondite. Nel rapporto sono considerati alcuni indicatori sentinella ritenuti più robusti dal punto di vista metodologico e che presentano maggiore affidabilità per completezza e qualità dei dati di base, come la frequenza di specifici interventi chirurgici ed il ricorso al ricovero ospedaliero per alcune diagnosi.

La Tavola 4.2. mostra la percentuale di parti cesarei rispetto al totale dei parti pari a 38,36% a livello nazionale, ancora in aumento rispetto agli anni precedenti (38,3% nel 2005 e 37,7% nel 2004); l'intervallo di variazione è compreso tra il 23,8% del Friuli Venezia Giulia ed il 60,5% della Campania. Valori superiori al 40% si rilevano a partire dalla regione Lazio e nelle regioni meridionali, ad eccezione della Sardegna, il cui valore si attesta comunque a 37,9%. Anche nei confronti degli altri Paesi dell'Unione europea l'Italia si evidenzia per il maggiore ricorso alla pratica del parto cesareo.

Dimissioni per parto cesareo per 100 nati vivi in alcuni Paesi OCSE. Anno 2006



Nella Tavola 4.2 sono presentati altri indicatori di appropriatezza, espressi come tassi di ospedalizzazione per specifici interventi chirurgici, selezionati tra quelli più frequenti (colecistectomia laparoscopica, prostatectomia TURP, appendicectomia, tonsillectomia, isterectomia).

Per tali procedure/interventi appare più evidente come la variabilità esistente tra aree geografiche è principalmente da attribuire all'offerta dei servizi sanitari o ad aspetti socio-economici e culturali piuttosto che a diversità epidemiologiche. Si tratta di prestazioni chirurgiche molto diffuse e quindi eseguibili nelle strutture ospedaliere della regione di residenza, a meno che non esistano problemi con i tempi di attesa.

Il ricorso al ricovero per appendicectomia registra una riduzione rispetto agli anni precedenti; è di 89,3 per 100.000 abitanti, contro 93,6 e 98,5 rispettivamente del 2005 e 2004. Anche il tasso di ospedalizzazione per isterectomia sembra invertire la tendenza degli anni passati; risulta in decremento con 339 per 100.000 donne di età superiore a 45 anni, contro 352 del 2005.

La tonsillectomia, oggetto di linee guida a livello nazionale ed indicazioni specifiche regionali, effettuata in ambedue le modalità di ricovero, è di 89,6 per 100.000 abitanti. I valori assunti dall'indicatore nel 2004 e 2005 erano rispettivamente 125,6 e 134,8.

La prostatectomia transuretrale (TURP) è un esempio di indicatore di appropriatezza clinica, e va in senso opposto alla percentuale dei tagli cesarei: una ridotta frequenza può indicare una carenza di interventi di provata efficacia, quando necessario. Il tasso di ospedalizzazione è calcolato sui maschi di età superiore a 49 anni, con valore nazionale di 317,5 per 100.000. I valori nel 2004 e 2005 erano rispettivamente 352,3 e 340,6, con una distribuzione regionale piuttosto disomogenea, che suddivide l'area settentrionale con valori più elevati rispetto alle regioni meridionali.

Nelle Tavole 4.3 e 4.4 sono presentati i tassi di ospedalizzazione per alcune specifiche patologie e procedure chirurgiche, scelte tra le più diffuse e tra quelle per le quali l'ospedalizzazione può essere considerata *proxy* di inefficacia dell'assistenza primaria e specialistica territoriale.

Il tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato è 33,61 per 100.000 abitanti di età superiore a 18 anni, valore decrescente rispetto agli anni precedenti. Elevata la variabilità regionale con 4,8 per 100.000 in Valle d'Aosta e 94,72 in Sicilia.

In riduzione anche il tasso di ospedalizzazione per asma: 15,25 per 100.000 abitanti di età 18-64 anni. Viene riportato anche il tasso di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca di 351,4 per 100.000 abitanti di età superiore a 18 anni.

La Tavola 4.9 presentata un'analisi dei ricoveri ripetuti nel corso dell'anno, in regime ordinario. L'analisi è stata effettuata nell'ambito delle singole discipline ospedaliere e riporta il totale dei dimessi per disciplina, i ricoveri ripetuti, in valore assoluto e percentuale, ed il numero medio degli stessi ricoveri ripetuti. Si osservano percentuali di ricoveri ripetuti superiori al 50% nelle discipline ospedaliere che curano patologie onco-ematologiche e percentuali intorno al 40% in nefrologia, unità spinali, psichiatria.

Le Tavole 4.10 - 4.12 presentano distribuzioni dei dimessi in regime ordinario secondo la modalità di dimissione. Le Tavole sono specifiche per tipo di attività (acuti, riabilitazione, lungodegenza). La percentuale di deceduti nella struttura di ricovero è più elevata nei reparti di lungodegenza (15,1%) con elevatissima eterogeneità territoriale, a conferma della differente casistica trattata in questi reparti ospedalieri. Nei reparti per acuti detta percentuale è 2,5%, significativamente più elevata nelle Regioni del centro-nord rispetto a quelle meridionali. Al contrario le dimissioni volontarie, ossia quelle contro il parere dei medici, sono molto più frequenti nelle regioni meridionali, in particolare in Campania (12,2%) rispetto al dato nazionale di 3,7%.

La percentuale di deceduti nelle discipline di riabilitazione è 0,92% e risulta più omogenea a livello territoriale.

5. INDICATORI DI DOMANDA E MOBILITA' [Tavole 5.1 – 5.24]

Questo paragrafo è dedicato agli indicatori relativi a tassi di ospedalizzazione, mobilità ospedaliera, assistenza ospedaliera a cittadini stranieri e ricoveri per traumatismo, che forniscono importanti indicazioni per la programmazione sanitaria e 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 5.1], confermano la tendenza, quasi egualmente distribuita tra i sessi, alla riduzione del ricovero ordinario nelle discipline per acuti (oltre 3 per 1.000 in meno rispetto all'anno precedente) e del ricovero in day hospital (2 per 1.000 in meno). Il dato registrato a livello nazionale [Tavola 5.3] è, per il regime ordinario, pari a 135,8 per 1.000 abitanti e per il day hospital pari a 64,8. Per le discipline di riabilitazione e lungodegenza l'incremento dei ricoveri è contenuto ed equamente distribuito tra i sessi.

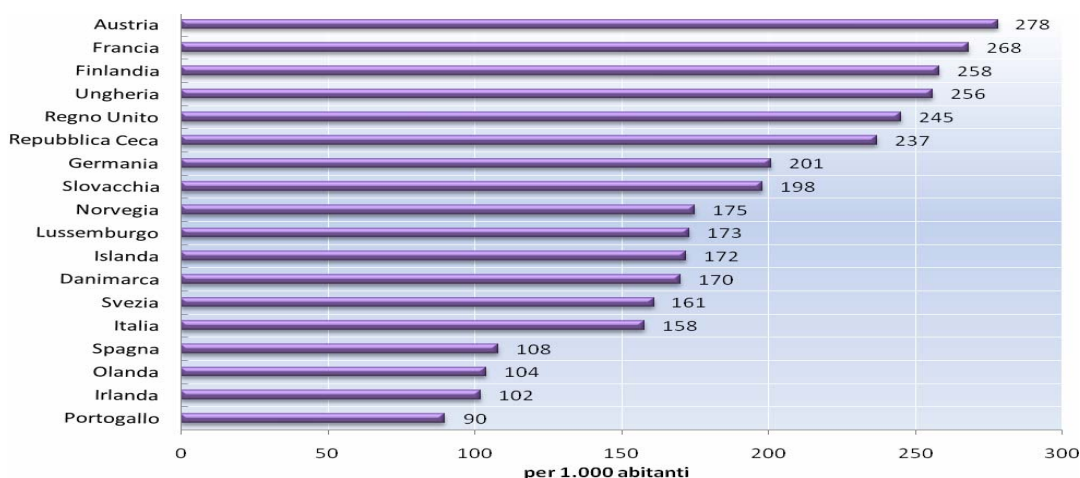
I tassi di ospedalizzazione per regione standardizzati sono relativi ai ricoveri per acuti in regime ordinario [Tavola 5.2]. La procedura di standardizzazione, effettuata con il metodo diretto prendendo a riferimento la popolazione italiana al Censimento 2001, consente di depurare il dato grezzo dalla diversa composizione per età della popolazione regionale e ottenere tassi di ospedalizzazione confrontabili. Rispetto al valore medio nazionale si registrano valori maggiori a partire dal Lazio e proseguendo nelle regioni meridionali, in particolare quelle sottoposte ai piani di rientro.

La riduzione dei ricoveri nelle discipline per acuti in regime ordinario e in day hospital si verificano, anche se in misura diseguale, in tutte le fasce d'età [Tavola 5.4].

Livelli di dettaglio ulteriore sui tassi di ospedalizzazione sono forniti nelle Tavole 5.5 - 5.12, per confronti tra aree geografiche, fasce d'età, sesso e tipo di attività ospedaliera.

La Tavola 5.13 fornisce tassi di ospedalizzazione nella popolazione anziana (65 anni ed oltre) per alcuni interventi chirurgici e/o procedure diagnostico-terapeutiche, particolarmente frequenti in questa fascia di popolazione. In diminuzione l'intervento per cataratta, valore nazionale 2.743 per 100.000 (3.050 nel 2005). In leggero aumento l'intervento di sostituzione dell'anca 582 per 100.000 (559 nel 2005). Trend in ascesa per l'intervento di bypass coronario, tasso medio nazionale di 163,4 per 100.000, (131 nel 2005), e ancor più significativo l'aumento degli interventi di angioplastica coronarica, indicati come procedura principale o secondaria (563 per 100.000, 338 nel 2005). La variabilità geografica è evidente per tutti gli interventi considerati: in generale valori più elevati nelle regioni settentrionali per gli interventi di sostituzione dell'anca e angioplastica coronarica.

Dimissioni ospedaliere in alcuni Paesi dell'Unione europea, per 1.000 abitanti. Anno 2005



Fonte: pubblicazione OCSE "Health at Glance 2007"

La mobilità ospedaliera regionale, nelle strutture pubbliche e private accreditate, è rappresentata dalle apposite matrici di mobilità [Tavole 5.14 - 5.19]. 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 è in aumento rispetto all'anno precedente: nei reparti ospedalieri per acuti sono circa 665.000 pazienti, pari all'8,3% (8,1% nel 2005) per il regime ordinario e 244.500, pari al 7,1% (6,8% nel 2005) per il ricovero diurno. Relativamente all'attività riabilitativa, la percentuale dei dimessi fuori regione di residenza è 18,0% (16,9% nel 2005) per il ricovero ordinario e 9,3% (9,8% nel 2005) per quello diurno.

Aumentata l'assistenza ospedaliera erogata a favore di cittadini stranieri [Tavole 5.20 - 5.23]: per ricovero ordinario 411.230 i dimessi con cittadinanza straniera (373.610 nel 2005) e 142.026 per ricovero diurno (134.630 nel 2005).

La Tavola 5.24 fornisce una distribuzione dei dimessi, con diagnosi di traumatismo e avvelenamento, in base alla causa esterna (infortunio sul lavoro, in ambiente domestico, incidente stradale ed altro). Si segnala che spesso questa informazione non è segnalata nella SDO e quindi la distribuzione risulta sottostimata.

6. INDICATORI ECONOMICI [Tavole 6.1 – 6.13]

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 12 settembre 2006 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 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 6.1]. 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 € 2.944 per le femmine e di € 3.391 per i maschi.

Valorizzazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in day hospital, secondo le tariffe nazionali [Tavola 6.2]. 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 6.3].

Valorizzazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per DRG, secondo le tariffe nazionali [Tavole 6.4 - 6.7]. Le tabelle presentano la remunerazione teorica per MDC e per i DRG con maggiore ammontare complessivo della remunerazione. 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, seguito dal DRG 112 (interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea).

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

7. INDICATORI PER IL CONTROLLO ESTERNO [Tavola 7.1]

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 di controllo per regione” [Tavola 7.1] vengono presentati dati relativi ai casi di trasferimento ad altro istituto di cura, complessivamente ed in particolare entro i primi due giorni di ricovero; le percentuali di casi definiti complicati, quelli con DRG 469 (Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione) e DRG 470 (non attribuibile ad altro DRG); DRG cosiddetti “atipici” (DRG 468 - Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale, DRG 476 - Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale e DRG 477 - Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale. Infine la tabella riporta la percentuale di neonati sani (DRG 391) rispetto al totale dei neonati rilevati con la SDO. Rispetto agli anni precedenti, resta sostanzialmente stabile la percentuale dei trasferiti (1,6%) e in lieve aumento la quota di neonati definiti sani (74,53%).