



# *Ministero della Salute*

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO

DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

UFFICIO X

## **METODOLOGIA PER LA DEFINIZIONE DEI CRITERI/PARAMETRI DI APPROPRIATEZZA ED EFFICIENZA DEI RICOVERI DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA**

**SINTESI**

***FEBBRAIO 2013***

## **PREMESSA**

La **metodologia per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza e efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera** è stata elaborata nell'ambito di un **Tavolo Tecnico multidisciplinare** attivato e coordinato dal SiveaS (Sistema Nazionale di Verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria), grazie al contributo ed alla collaborazione di numerose figure esperte in materia di riabilitazione (sia esterni che interni al Ministero della Salute), che a diverso titolo partecipano alla rete SiVeAS, ed alcuni *referenti della Commissione Ministeriale sulla Riabilitazione*.

Tale lavoro è il risultato di un lungo percorso di studio del settore delle postacuzie, che, fin dall'inizio, aveva evidenziato:

- **dal lato dell'offerta**, una distribuzione di posti letto per 1.000 abitanti di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza postacuzie fortemente diversificata tra le Regioni;
- **dal lato della domanda**, una situazione di elevata variabilità regionale in termini di frequenza di ricoveri e giornate di degenza, anche tra le Regioni tradizionalmente considerate "virtuose",
- **rispetto al sistema di tariffazione**, una profonda differenziazione regionale sia in termini di livello di assegnazione della tariffa (MDC, DRG, ecc), sia nel valore delle tariffe, sia nei valori soglia e nelle percentuali di abbattimento delle tariffe stesse.

In aggiunta, la normativa, pur riferendosi a un medesimo provvedimento legislativo nazionale (Linee Guida 1998), non è riuscita, nelle diverse attuazioni regionali, a promuovere l'omogeneizzazione delle risposte assistenziali.

Pertanto, la diversa organizzazione di interventi riabilitativi e setting assistenziali, nonché l'assenza di criteri e requisiti che ne stabiliscano l'appropriatezza d'uso in base alle risorse a disposizione, hanno comportato **risposte assistenziali diversificate**, con un conseguente sbilanciamento dei volumi di attività e della distribuzione dei servizi fra le Regioni.

A fronte di tale situazione, il tavolo tecnico ha elaborato una metodologia per rispondere ai seguenti obiettivi:

- identificare i criteri/parametri di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera;
- definire un cruscotto di indicatori di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera.

Il Tavolo Tecnico ha concentrato il lavoro sul settore della riabilitazione ospedaliera, in una prima fase, attesa la diversità riscontrata all'interno del settore delle postacuzie e la difformità in termini assistenziali e organizzativi regionali che caratterizzano tale settore.

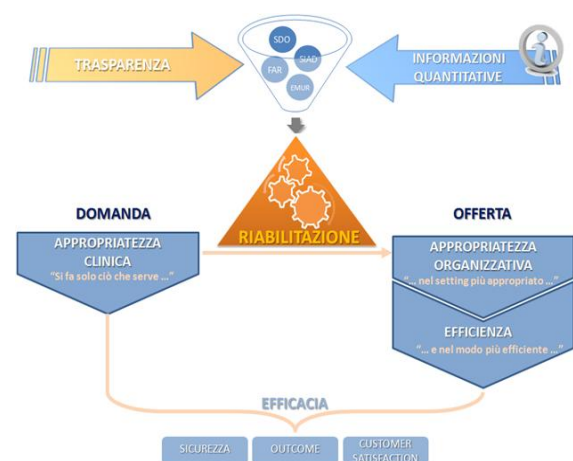
L'analisi è stata predisposta sulla base **Flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) 2009 e 2010**, il cui contenuto informativo (diagnosi di dimissione, correlazione della diagnosi con il ricovero acuto precedente, diagnosi secondarie e procedure), ha consentito di disporre degli elementi che costituiscono una **buona proxy delle situazioni di potenziale inappropriatezza**.

Operativamente, il Tavolo ha svolto la propria attività mediante sottogruppi di lavoro (*focus group*), differenziati per le quattro principali tipologie di riabilitazione (*sistema nervoso, apparato respiratorio, apparato cardio-circolatorio e sistema muscolo scheletrico*) data la specificità clinica e organizzativo-gestionale che caratterizza i diversi ambiti.

## METODOLOGIA

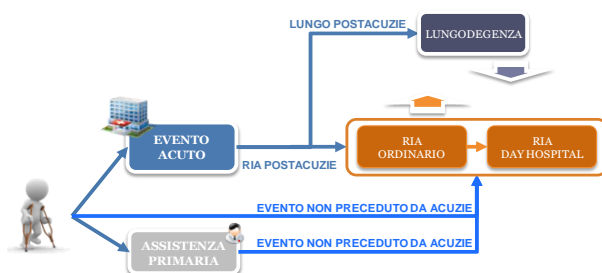
Il modello di riferimento utilizzato per la definizione della metodologia e rappresentato di seguito individua in **appropriatezza, efficienza ed efficacia** gli strumenti per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di equilibrio economico.

La metodologia è basata sulla **ricostruzione del percorso longitudinale dell'individuo**: per la prima volta, infatti, è stata predisposta un'analisi centrata sul paziente in grado di "seguire" l'individuo in tutta la sequenza di ricoveri ospedalieri, nelle diverse tipologie di attività (acuti, riabilitazione e lungodegenza) e nei diversi setting assistenziali (regime ordinario e diurno).



**Figura 1: modello di riferimento**

La *ricostruzione* di tutte le possibili "sequenze" di ricovero effettuate da ciascun paziente ha fatto emergere una enorme varietà e complessità dei percorsi ospedalieri (si veda a titolo di esempio la figura di seguito) e la necessità di porre alla base del modello un focus sul tema del *percorso del paziente* e quindi della sua *provenienza (ospedaliera o territoriale)*.



**Figura 2: rappresentazione percorso del paziente di riabilitazione**

*quindi provenienti direttamente dal territorio).*

In questo senso, come mostra la figura 2, la metodologia definisce criteri di appropriatezza ed efficienza diversificati in base al fatto che un ricovero di riabilitazione ospedaliera sia **preceduto da evento acuto** (ovvero ricoveri di riabilitazione seguiti ad un precedente contatto del paziente con una struttura ospedaliera per un ricovero in acuzie) oppure **non preceduto da un evento acuto** (ovvero ricoveri di riabilitazione non legati ad un precedente ricovero in acuzie,

L'analisi di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera è stata effettuata in riferimento ai due principali aspetti che caratterizzano questa tipologia di attività ospedaliera,

## Metodologia di analisi della riabilitazione ospedaliera

ovvero la numerosità di ricoveri e la loro durata. Pertanto, la metodologia individua, per ciascuna delle quattro tipologie di riabilitazione,:

- **il criterio della potenziale in appropriatezza clinica**, con riferimento alla *numerosità* di ricoveri;
- **il criterio della potenziale in appropriatezza organizzativa e potenziale inefficienza**, con riferimento alla *durata* dei ricoveri.

La **potenziale in appropriatezza clinica** nei **ricoveri preceduti da evento acuto** viene valutata sia considerando la coerenza tra evento di riabilitazione e tipologia di evento acuto precedente (*criterio della correlazione clinica*) sia considerando le giornate intercorse tra la dimissione dall'evento acuto e l'ammissione in riabilitazione (*criterio della distanza temporale*); nei **ricoveri di riabilitazione non preceduti da evento acuto** viene esaminata la casistica potenzialmente inappropriata per ciascun tipo di ricovero riabilitativo non preceduto da evento acuto (*criterio della tipologia casistica*).

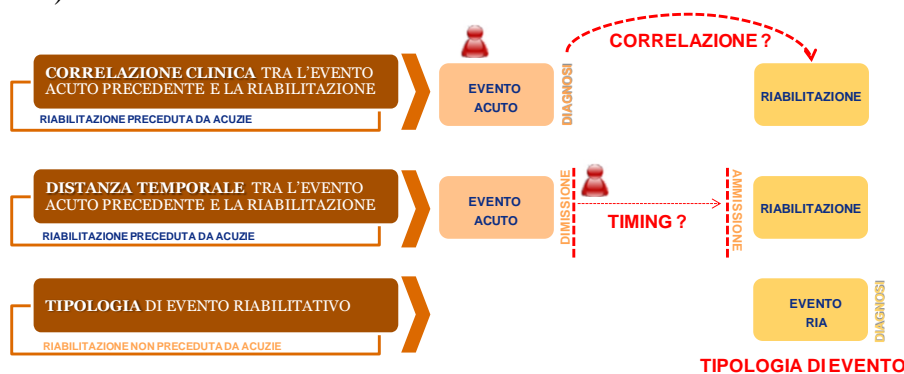


Figura 3: criteri di potenziale in appropriatezza clinica

La **potenziale in appropriatezza organizzativa** è analizzata rispetto alla durata di degenza del ricovero riabilitativo (*criterio dell'intervallo temporale*), definendo un **limite minimo di giornate di degenza**, al di sotto del quale si determina un'area di *potenziale in appropriatezza*. Si tratta tipicamente di ricoveri con un durata eccessivamente ridotta, che avrebbero dovuto essere trattati in regime diurno/ambulatoriale o sul territorio.

La **potenziale inefficienza** è analizzata rispetto alla durata di degenza del ricovero riabilitativo (*criterio dell'intervallo temporale*), definendo un **limite massimo di giornate di degenza**, al di sopra del quale si determina un'area di *potenziale inefficienza*, in quanto oltre una certa soglia l'intervento riabilitativo ospedaliero dovrebbe essere completato ed il paziente dimesso o, se necessita di ulteriore assistenza, trattato in altro setting assistenziale ospedaliero o sul territorio.



Figura 4: criteri di potenziale inappropriata organizzativa e potenziale inefficienza

Di conseguenza gli **indicatori** per la valutazione di **appropriatezza ed efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera** sono stati identificati a partire dai tre principali elementi:

- **potenziale inappropriata clinica**, l'indicatore quantifica l'incidenza percentuale del numero di ricoveri ad alto rischio di in appropriatezza clinica rispetto al totale dei ricoveri. L'indicatore considera la **domanda soddisfatta di ricoveri** (prestazioni ricevute dai cittadini residenti ovunque siano state erogate).
- **potenziale inappropriata organizzativa**, l'indicatore quantifica l'incidenza percentuale del numero di ricoveri ad alto rischio di in appropriatezza organizzativa rispetto al totale dei ricoveri appropriati clinicamente. L'indicatore considera le **prestazioni erogate a cittadini residenti e non residenti**.
- **potenziale inefficienza**, l'indicatore quantifica l'incidenza % delle giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza rispetto al totale delle giornate appropriate clinicamente. L'indicatore considera le **giornate di degenza che superano la soglia massima del range appropriato** e fa riferimento alle **giornate erogate a cittadini residenti e non residenti**.

## RISULTATI

### CONTESTO DI RIFERIMENTO

Nell'anno 2010, il **totale dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera** è stato pari a circa **321 mila**, di cui l'82% in regime ordinario ed il rimanente 18% in regime diurno, con un'incidenza percentuale della componente privata dell'offerta pari al 69%.

La riabilitazione ospedaliera, in Italia, è un **fenomeno prevalentemente rivolto a pazienti anziani**: i pazienti over 65 rappresentano il 61% della casistica complessiva, valore che si mantiene costante negli anni (dal 2007 al 2010).

**Circa il 85% della casistica (273.165 ricoveri) risulta concentrata nelle quattro principali tipologie di riabilitazione**: sistema muscolo scheletrico (39%); sistema nervoso (24%); apparato cardio-circolatorio (16%); apparato respiratorio (6%).

I ricoveri oggetto di analisi nell'ambito della metodologia è stato pari a **257.720 casi** (circa l'**80% del totale**) ed è composto:

- **per circa il 64% da ricoveri di riabilitazione neurologica, pneumologica, cardiologica e ortopedica preceduti da un evento acuto** nell'anno oggetto di analisi o negli ultimi tre mesi dell'anno precedente;
- **per circa il 15% da ricoveri di riabilitazione neurologica, pneumologica, cardiologica e ortopedica non preceduti da un evento acuto.**

## **RISULTATI DELL'APPLICAZIONE**

Prima di entrare nel merito dei risultati occorre tener presente i seguenti elementi:

- **il flusso informativo delle SDO** può essere utilizzato **solo parzialmente** per rappresentare e quantificare la potenziale inappropriata ed inefficienza dei ricoveri di riabilitazione, in quanto non consente di rilevare alcuni parametri quali stato funzionale e multimorbilità dei pazienti, variazione dello stato di salute all'inizio ed alla fine ricovero, outcome dell'intervento riabilitativo, prestazioni erogate nell'ambito del ricovero, che sono necessari per la completa valutazione del ricovero<sup>1</sup>. Risente, inoltre, dell'elevata variabilità nelle modalità di codifica dei ricoveri tra le Regioni.
- **i ricoveri che non rispondono ai criteri/parametri di appropriatezza non sono considerati inappropriati in assoluto ma "potenzialmente inappropriati" o "ad alto rischio di inappropriata"**, in quanto analisi di maggior dettaglio potrebbero evidenziare la presenza di particolari condizioni che renderebbero gli stessi ricoveri comunque appropriati. In questo senso, anche l'estrema variabilità dei comportamenti regionali lascia ragionevolmente supporre che una situazione di potenziale inappropriata possa essere dovuta a problematiche socio-assistenziali, o in altri casi anche a disomogeneità organizzative nell'offerta ospedaliera e territoriale.
- **la potenziale inappropriata riguarda solo setting e percorso clinico terapeutico**
- **e' estremamente difficile stimare le situazioni di potenziale inadeguatezza**, ovvero di domanda di prestazioni da parte dei cittadini che potrebbe non essere espressa (e soddisfatta) a causa di una carenza di offerta, soprattutto in alcune Regioni e per alcune tipologie di riabilitazione (es. cardiologica e pneumologica).

L'applicazione dei criteri di potenziale inappropriata clinica, potenziale inappropriata organizzativa e potenziale inefficienza, sia ai ricoveri preceduti da evento acuto che ai ricoveri non preceduti da evento acuto, determina una **situazione complessiva potenzialmente inappropriata nell'anno 2010 pari al 27% del totale giornate di degenza** (riferite al Sistema Nervoso, Apparato Respiratorio, Apparato Cardio-Circolatorio, Sistema Muscolo-Scheletrico), che corrisponde a **1.813.641 giornate di degenza**, secondo la distribuzione regionale del grafico riportato di seguito.

---

<sup>1</sup> A tal proposito è stata elaborato un primo documento illustrativo di Scheda Informativa delle attività di riabilitazione ospedaliera (SDO-r) ed un Glossario della Riabilitazione, da porre alla base dello sviluppo di strumenti e metodologie da applicare alla riabilitazione e diffondere come "linguaggio comune" di riferimento per tutti gli operatori del settore.

## Metodologia di analisi della riabilitazione ospedaliera

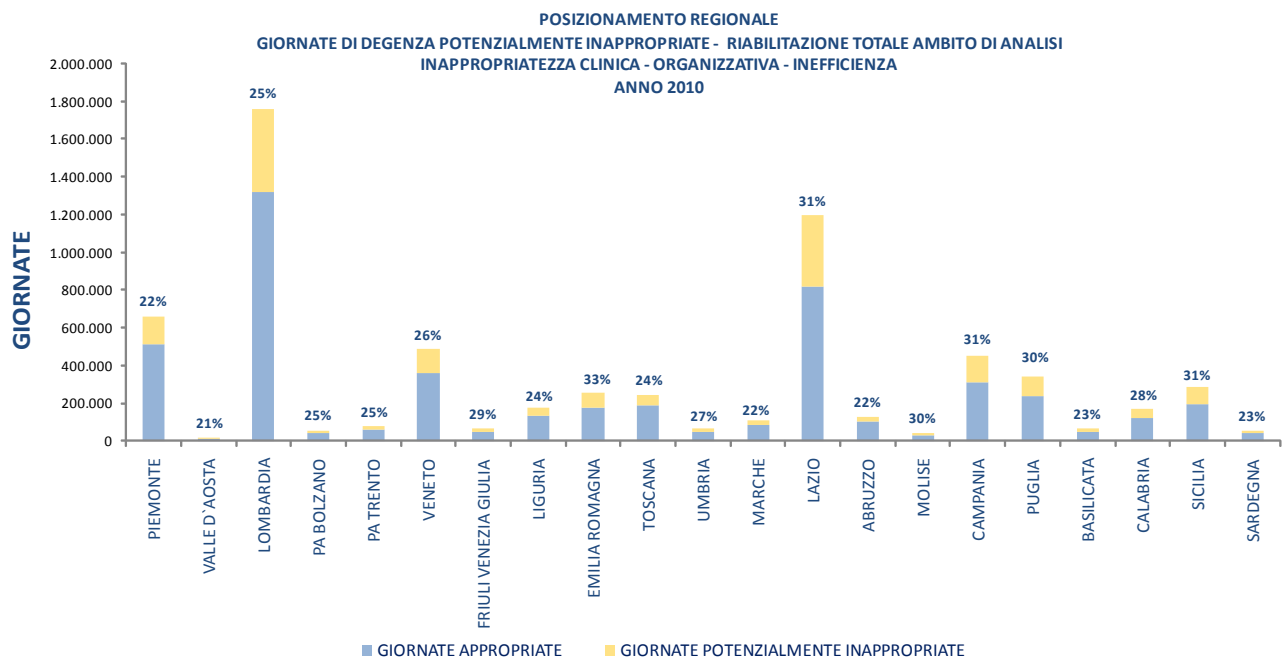


Grafico 1: distribuzione regionale giornate di degenza appropriate e potenzialmente inappropriate (riabilitazione ospedaliera)

Anche nella Regioni cd “virtuose”, si individua un’elevata percentuale di casistica potenzialmente inappropriata/inefficiente, come evidenziato nella Figura 5, in almeno uno dei tre ambiti di analisi.

REGIONI	INDICATORE LATO DOMANDA	INDICATORE LATO OFFERTA	INDICATORE LATO OFFERTA
	1	2	3
	%INAPPROPRIATEZZA CLINICA	%INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	%INEFFICIENZA
VALLE D'AOSTA	12,8%	4,1%	7,8%
LOMBARDIA	16,4%	9,5%	5,4%
PROV. AUTON. BOLZANO	16,3%	12,1%	4,6%
PROV. AUTON. TRENTO	19,2%	5,5%	3,5%
VENETO	17,5%	7,6%	5,3%
FRIULI VENEZIA GIULIA	26,4%	6,9%	12,8%
LIGURIA	16,1%	18,7%	3,5%
EMILIA ROMAGNA	18,9%	14,3%	8,7%
TOSCANA	12,5%	20,6%	4,3%
UMBRIA	15,3%	14,9%	6,5%
MARCHE	11,8%	10,7%	9,2%
BASILICATA	11,7%	10,8%	15,0%
SARDEGNA	9,9%	10,4%	7,4%
PIEMONTE	10,9%	5,5%	10,1%
LAZIO	15,8%	7,6%	16,5%
ABRUZZO	12,4%	8,9%	7,9%
MOLISE	18,5%	11,6%	6,2%
CAMPANIA	19,5%	5,6%	15,7%
PUGLIA	18,4%	21,5%	11,1%
CALABRIA	17,1%	20,2%	15,9%
SICILIA	20,0%	17,1%	9,0%

REGIONI IN PDR

Figura 5: cruscotto indicatori

La metodologia ha consentito di evidenziare che:

- la potenziale inappropriata è maggiormente concentrata nei ricoveri di riabilitazione che non provengono da un evento acuto,
- il numero di ricoveri potenzialmente inappropriati dal punto di vista clinico è più elevato nelle strutture private (67% privato – 33% pubblico), così come le giornate di

## *Metodologia di analisi della riabilitazione ospedaliera*

**degenza potenzialmente inefficienti** (79% privato – 21% pubblico), **mentre la potenziale inappropriata organizzativa è quasi equamente distribuita** (52% privato – 48% pubblico);

- l'assistenza riabilitativa ospedaliera in **regime diurno** risulta particolarmente critica e necessita di criteri puntuali di standardizzazione organizzativa e gestionale;
- a livello regionale, la potenziale in appropriatezza neurologica sembra essere maggiormente concentrata nelle regioni Lombardia e Lazio, quella pneumologica in Lombardia, Campania e Puglia, quella cardiologica in Molise e nella PA di Bolzano, quella ortopedica nel Lazio e Campania;
- spesso l'eccessivo ricorso all'assistenza ospedaliera dei ricoveri di riabilitazione è determinato dalla **carenza di soluzioni territoriali alternative** all'ospedale, che consentano di evitare l'utilizzo dell'ospedale stesso da ricoveri ad elevato rischio di inappropriata;
- la difformità delle soluzioni e delle **risposte assistenziali regionali**, genera, oltre che uno sbilanciamento dei volumi di attività e della distribuzione dei servizi fra le Regioni, anche una **difficoltà di lettura del dato**, di interpretazione dello stesso e, quindi, di puntuale descrizione del fenomeno.