

RAPPORTO SULL'ATTIVITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO

DATI SDO ANNO 2019

INTRODUZIONE

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

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

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

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

Il D.M. 261/2016 ha inoltre modificato le tempistiche per l'invio dei dati SDO dalle regioni al Ministero della Salute, prevedendo come scadenza ultima per l'invio di correzioni ed integrazioni al flusso informativo la data del 31 marzo dell'anno seguente a quello di competenza, con l'obiettivo di anticipare il processo di acquisizione e consolidamento della banca dati SDO, in modo da rendere rapidamente disponibili dati aggiornati sull'attività ospedaliera erogata, per tutte le finalità di programmazione sanitaria e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza.

COMPLETEZZA E QUALITÀ DELLA RILEVAZIONE

La banca dati SDO relativa all'anno 2019 è caratterizzata da un elevato livello di completezza della rilevazione, pari al 99,8% per gli istituti pubblici e 99,3% per gli istituti privati accreditati, con una copertura complessiva pari al 99% (cfr. tav. 1.1.3).

Nell'anno 2019 sono pervenute 8.537.262 schede di dimissione ospedaliera, di cui 1.950.860 con almeno un errore di compilazione, pari al 22,9% di schede errate sul totale delle schede pervenute.

Rispetto all'anno precedente (2.464.410 schede con almeno un errore, corrispondente al 28,3% sul totale), la qualità della compilazione è migliorata, con una diminuzione della percentuale di errore pari a oltre 5 punti percentuali.

Le tipologie di errore più frequenti (esprese come numero di errori per 100 schede) sono: "Errata compilazione Ora di ricovero" (6,4%, con una diminuzione di 2,3 punti percentuali rispetto all'anno precedente), "Errata compilazione Unità operativa di ammissione" (3,4%, in leggero aumento rispetto all'anno precedente), "Errata compilazione Data di prenotazione" (3,3%, in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente), "Errata compilazione Tipologia codice identificativo" (3,2%, sostanzialmente costante rispetto all'anno precedente), "Errata compilazione Codice identificativo" (3%, in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente).

Il numero medio di errori per scheda è pari a 0,9 (era 1,4 nel 2018) con una deviazione standard di 2,6. Il numero mediano di errori per scheda è pari a 0 (era 0 nel 2018), mentre il numero massimo di errori per scheda si è attestato a 42 (era 38 nel 2018).

Nel grafico seguente è riportata la distribuzione del numero di errori per scheda, da cui si può notare che poco meno di 6,6 milioni di schede non presentano alcun errore di compilazione (6.586.402 schede valide), il numero di schede con un solo errore di compilazione è pari a poco meno di 797 mila schede (796.981 schede), a seguire, il numero di schede con due errori di compilazione è circa 283 mila schede (282.811 schede), e quello con tre errori di compilazione si attesta a circa 153 mila schede (152.925 schede).

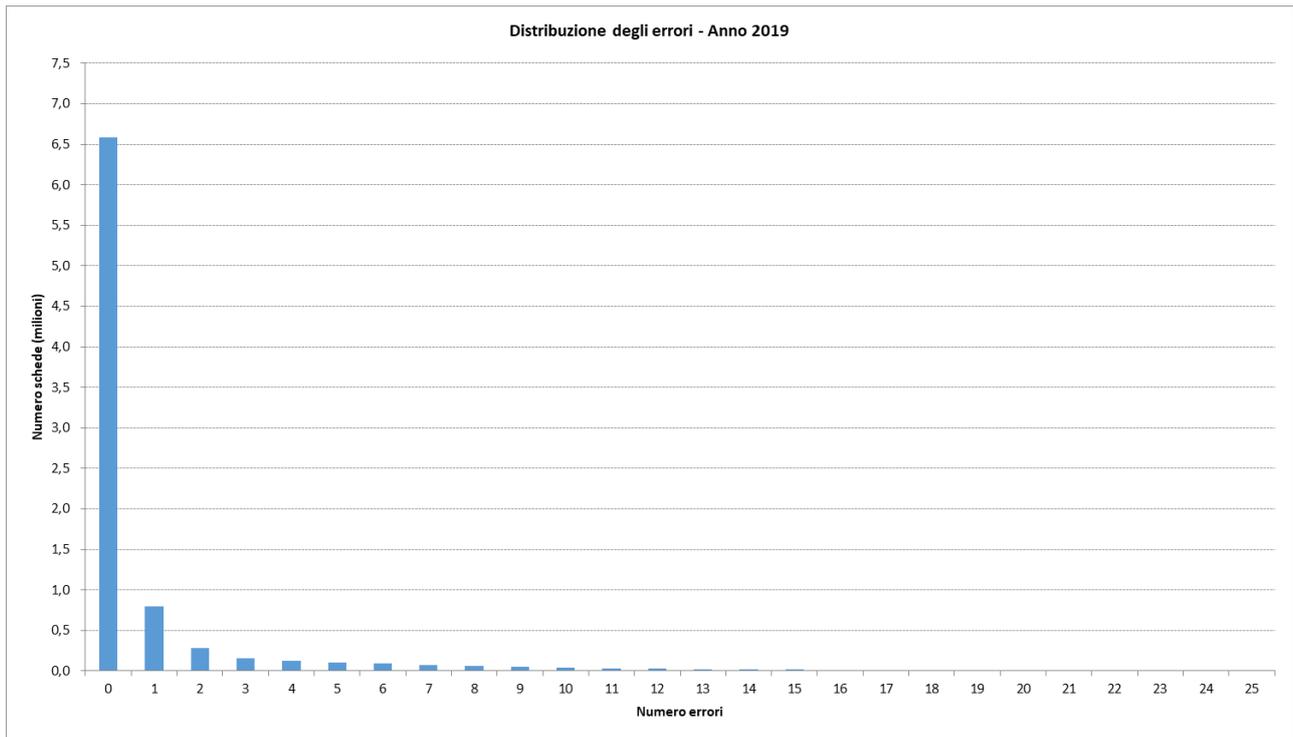


tavola 1.3 (grafico) - Distribuzione degli errori riscontrati - Anno 2019

Nel valutare la qualità di compilazione del flusso SDO 2019 occorre anche tenere presente l'elevato numero di informazioni raccolte in ogni scheda: il numero di variabili è infatti pari a 220; il 77,1% delle schede non contiene errori, il 9,3% contiene un solo errore, il 3,3% contiene due errori e l'1,8% contiene tre errori. Le schede con al più tre errori (su 220 variabili) sono quindi circa il 91,6% del totale delle schede pervenute.

ATTIVITÀ E DOMANDA

La tavola 2.1.1 riporta l'andamento dell'assistenza ospedaliera per gli anni 2001 - 2019.

Rispetto all'anno precedente, nel 2019 si osserva una diminuzione del rapporto tra giornate erogate in regime diurno ed in regime ordinario, il cui valore passa da 0,11 nel 2018 a 0,1.

Il valore di degenza media per Acuti in Regime ordinario nel 2019 si attesta a 7 giorni, lo stesso valore del 2018; la degenza media per Riabilitazione in Regime ordinario aumenta, passando dal valore di 26,1 giorni nello scorso anno a 26,2 giorni nel 2019; la degenza media per Lungodegenza aumenta, passando dal precedente valore di 24,2 giorni a quello di 24,5 giorni nel 2019.

Rispetto al 2018, nel 2019 il peso medio del ricovero per Acuti in regime ordinario aumenta da 1,22 a 1,24, il numero medio di diagnosi compilate per scheda per Acuti in Regime ordinario si mantiene stabile sul valore 2,5, il numero medio di procedure compilate per scheda per Acuti in regime ordinario aumenta da 3 a 3,1 (cfr. tav. 2.1.1).

La tabella seguente riporta, in particolare, la variazione osservata nel 2019 rispetto all'anno precedente per dimissioni e giornate distinte per tipo Attività e regime di ricovero.

ATTIVITÀ	DIMISSIONI			GIORNATE / ACCESSI		
	2018	2019	var %	2018	2019	var %
Acuti - Regime ordinario	6.139.586	6.006.392	-2,2	42.938.395	42.289.312	-1,5
Acuti - Regime diurno	1.761.858	1.748.138	-0,8	4.523.751	4.411.874	-2,5
Riabilitazione - Regime ordinario	312.327	311.979	-0,1	8.164.278	8.161.735	-0,0
Riabilitazione - Regime diurno	28.256	28.402	+0,5	430.958	447.949	+3,9
Lungodegenza	97.259	98.681	+1,5	2.357.005	2.403.690	+2,0
TOTALE	8.339.286	8.193.592	-1,7	58.414.387	57.714.560	-1,2

Tabella 1 - Distribuzione delle dimissioni e delle giornate per tipo attività e regime di ricovero - confronto anni 2018-2019

Nel 2019 sono state erogate 6.006.392 dimissioni per acuti in Regime ordinario e 1.748.138 in regime diurno (queste ultime pari al 22,5% del totale delle dimissioni per Acuti), 340.381 dimissioni in Riabilitazione (di cui il 91,7% in regime ordinario) e 98.681 dimissioni per Lungodegenza. Il corrispondente volume di giornate erogate si attesta a 42.289.312 giornate per Acuti in regime ordinario e 4.411.874 accessi in regime diurno, 8.609.684 giornate in riabilitazione (di cui il 94,8% in regime ordinario) e 2.403.690 giornate in Lungodegenza (cfr. tav. 2.1.2).

Rispetto all'anno precedente, per il 2019 si osserva una generale diminuzione del volume di attività erogata: il numero complessivo di dimissioni per Acuti, Riabilitazione e Lungodegenza passa da 8.339.286 a 8.193.592 unità, con una diminuzione di circa l'1,7%; il corrispondente volume complessivo di giornate passa da 58.414.387 a 57.714.560 con una riduzione di circa l'1,2%.

Più nel dettaglio, il numero di dimissioni per Acuti in regime ordinario passa da 6.139.586 a 6.006.392 unità, con una riduzione del 2,2%, ed il corrispondente volume di giornate passa da 42.938.395 a 42.289.312, con una riduzione dell'1,5%; l'attività per Acuti in regime diurno passa da 1.761.858 a 1.748.138 dimissioni (-0,8%) e da 4.523.751 a 4.411.874 giornate (-2,5%).

Il numero di dimissioni per Riabilitazione in regime ordinario si riduce dello 0,1%, (da 312.327 a 311.979 unità), mentre il corrispondente volume di giornate si attesta a 8.161.735, (sostanzialmente invariato); per la Riabilitazione in regime diurno, il numero di dimissioni aumenta dello 0,5%, (da 28.256 a 28.402 unità), mentre il corrispondente volume di giornate si incrementa del 3,9%, (da 430.958 a 447.949 unità).

Infine, per l'attività di Lungodegenza si osserva un incremento delle dimissioni da 97.259 a 98.681 unità (+1,5%), mentre il corrispondente volume di giornate erogate passa da 2.357.005 a 2.403.690 unità (+2%).

Le tavole 2.2.7 e 2.2.12 riportano le principali statistiche sulla durata della degenza per DRG, rispettivamente per acuti in regime ordinario e per acuti in regime diurno: numero di dimissioni, valore minimo, medio e massimo, deviazione standard e quartili della distribuzione della durata della degenza.

La tavola 2.2.7, inoltre, riporta per ciascun DRG il valore soglia corrispondente alla distribuzione osservata nel 2019 e mostra la corrispondente degenza media entro soglia (calcolata considerando solo le dimissioni con durata di degenza minore o uguale al valore soglia).

Il valore soglia viene calcolato con la seguente formula¹, e rappresenta la durata di degenza al di sopra della quale si ritiene che il ricovero si discosti eccessivamente dall'insieme delle altre degenze osservate:

$$s = \left[\sqrt[3]{q_3} + \left(\sqrt[3]{q_3} - \sqrt[3]{q_1} \right) \right]^3$$

dove q_1 e q_3 sono, rispettivamente, il primo ed il terzo quartile della distribuzione della durata della degenza.

Il capitolo 5 è dedicato all'analisi dei tassi di ospedalizzazione; il grafico seguente, tratto dalla tavola 5.9, riporta la distribuzione delle dimissioni in Italia per età e sesso, con il dettaglio della composizione per tipo attività e regime di ricovero (i dati di ospedalizzazione per fasce di età e per sesso sono riportati nelle tavole da 5.10 a 5.20).

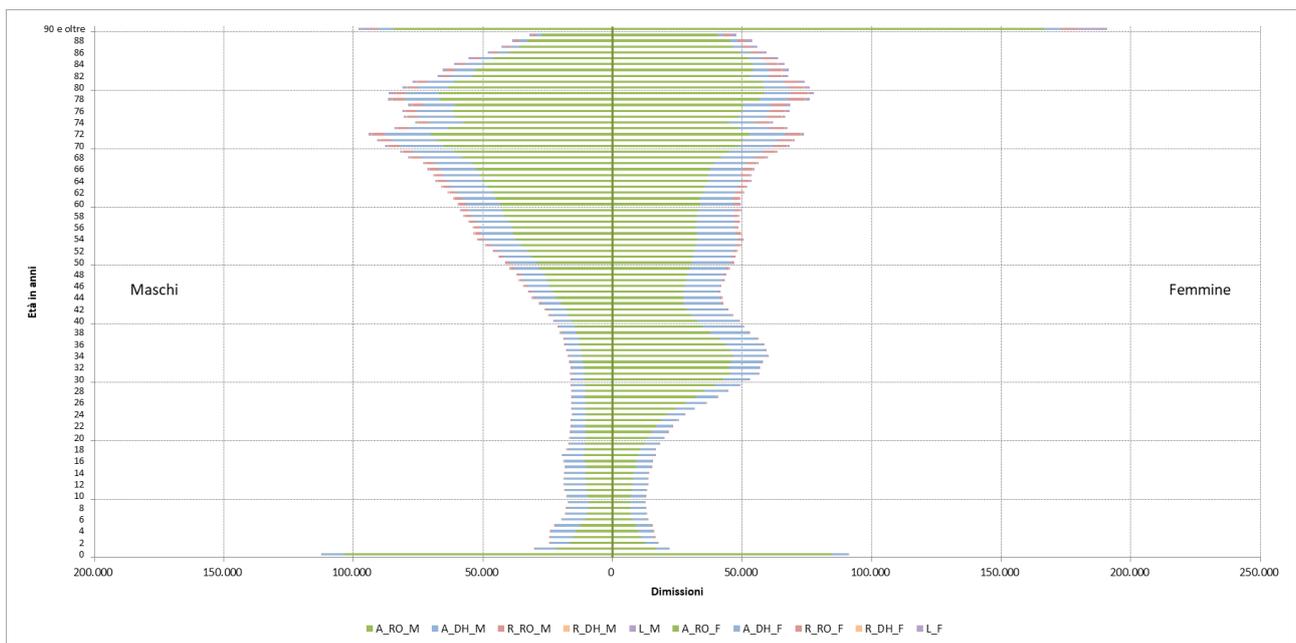


tavola 5.9 - Distribuzione delle dimissioni per età e sesso - Composizione per tipo attività e regime di ricovero - Anno 2019

Osservando il grafico si può notare, nell'andamento del volume di dimissioni per età dei maschi, in particolare:

- Un massimo isolato di circa 112,1 mila dimissioni in corrispondenza dell'età 0 anni;
- Un massimo isolato di circa 97,9 mila dimissioni in corrispondenza dell'età 90 anni e oltre;
- Un massimo relativo che si attesta su 90,9 mila dimissioni, compreso fra 70 e 73 anni;
- Un massimo relativo che si attesta su 86,6 mila dimissioni, compreso fra 76 e 80 anni;
- Un massimo relativo che si attesta su 18,3 mila dimissioni, compreso fra 10 e 17 anni;

Per quanto riguarda l'andamento del volume di dimissioni per età delle femmine, si osserva:

- Un massimo isolato di circa 190,9 mila dimissioni in corrispondenza dell'età 90 anni e oltre;
- Un massimo isolato di circa 91,2 mila dimissioni in corrispondenza dell'età 0 anni;
- Un massimo relativo che si attesta su 77,7 mila dimissioni, compreso fra 77 e 81 anni;
- Un massimo relativo che si attesta su 70,3 mila dimissioni, compreso fra 70 e 75 anni;

¹ Francesco Taroni "DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali", Il pensiero scientifico editore, ottobre 1996, pag. 286.

- Un massimo relativo che si attesta su 60,1 mila dimissioni, compreso fra 32 e 36 anni;

Si può osservare, inoltre, come l'attività per acuti in regime ordinario (colore verde) sia nettamente prevalente in ogni fascia d'età, seguita dall'attività per acuti in regime diurno. L'attività di riabilitazione risulta apprezzabile a partire dai 60 anni di età.

Rispetto al 2018, nel 2019 il tasso di ospedalizzazione per Acuti, standardizzato per età e sesso in Italia (cfr. tav. 5.4) si riduce da 120,5 a 117,9 dimissioni per 1.000 abitanti, suddiviso in 90,1 dimissioni (per 1.000 abitanti) in regime ordinario e 27,8 in regime diurno (nell'anno precedente i valori erano, rispettivamente, 92,4 e 28,1 dimissioni per 1.000 abitanti); si osserva, inoltre, una discreta variabilità regionale.

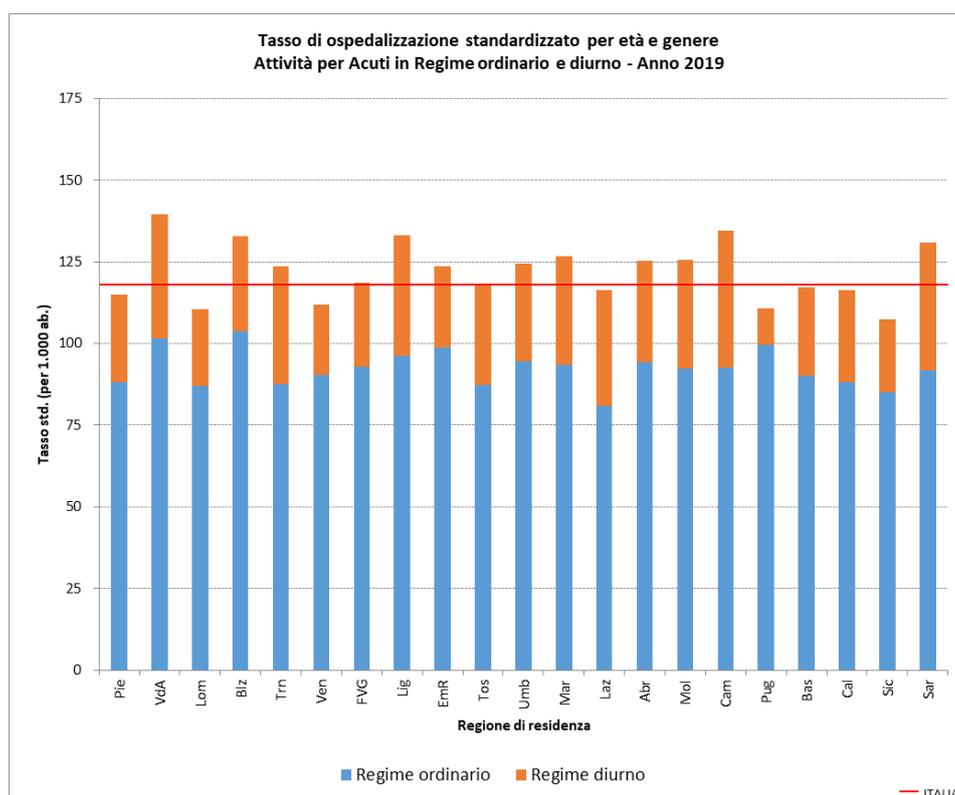


tavola 5.5 - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per età e sesso) per 1.000 abitanti - Attività per Acuti in Regime ordinario e diurno - Anno 2019

Nelle tavole 5.10 e 5.11, rispettivamente, è riportato il dettaglio della distribuzione dei tassi di ospedalizzazione per fasce di età a livello nazionale e a livello regionale.

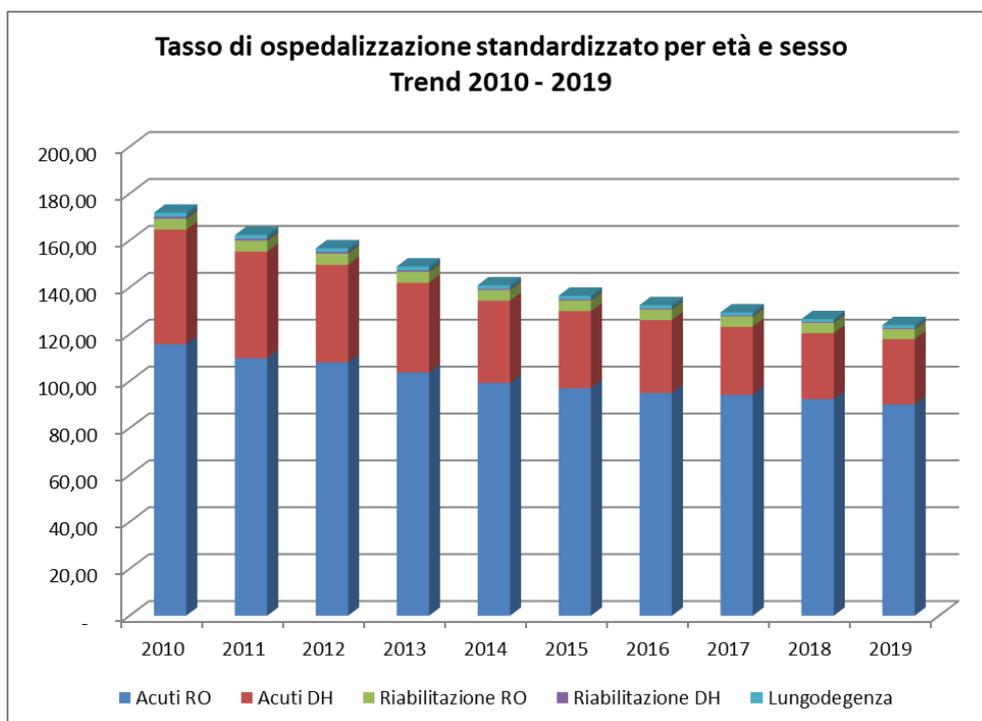
La tavola 5.6 riporta il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso, distinto per ricoveri entro e fuori regione di residenza: per gli Acuti in regime ordinario il tasso di ospedalizzazione fuori regione per mille abitanti si attesta a 7,8 mentre è pari a 2,8 in regime diurno (nel 2018 erano, rispettivamente 8 e 2,8).

In particolare, per il tasso di ospedalizzazione fuori regione in regime ordinario, i valori più elevati si osservano in Molise, Basilicata, Calabria, Valle d'Aosta, mentre i valori più bassi si presentano in Lombardia, P.A. Bolzano, Sardegna, Veneto; per il tasso di ospedalizzazione fuori regione in regime diurno, invece, i valori più elevati si osservano in Molise, Basilicata, Abruzzo, Calabria, mentre i valori più bassi si presentano in Lombardia, P.A. Bolzano, Sicilia, Friuli V.G..

Il grafico seguente mostra il trend del tasso di ospedalizzazione, standardizzato per età e sesso e distinto nelle diverse componenti per tipo attività e regime di ricovero.

Il tasso di ospedalizzazione complessivo si riduce da 171,8 per mille abitanti nel 2010 a 123,9 nel 2019.

In particolare, il tasso di ospedalizzazione per Acuti in regime ordinario passa da 115,8 per mille abitanti nel 2010 a 90,1 nel 2019, mentre il tasso di ospedalizzazione per Acuti in regime diurno passa da 48,8 a 27,8.



Trend tasso di ospedalizzazione per tipo attività e regime di ricovero, standardizzato per età e sesso - Anni 2010-2019

Nel capitolo 5 sono presenti, inoltre, numerose tavole di mobilità, che analizzano il fenomeno della mobilità ospedaliera interregionale distintamente per tipologia attività, regime di ricovero, per tutte le cause e per alcune condizioni specifiche.

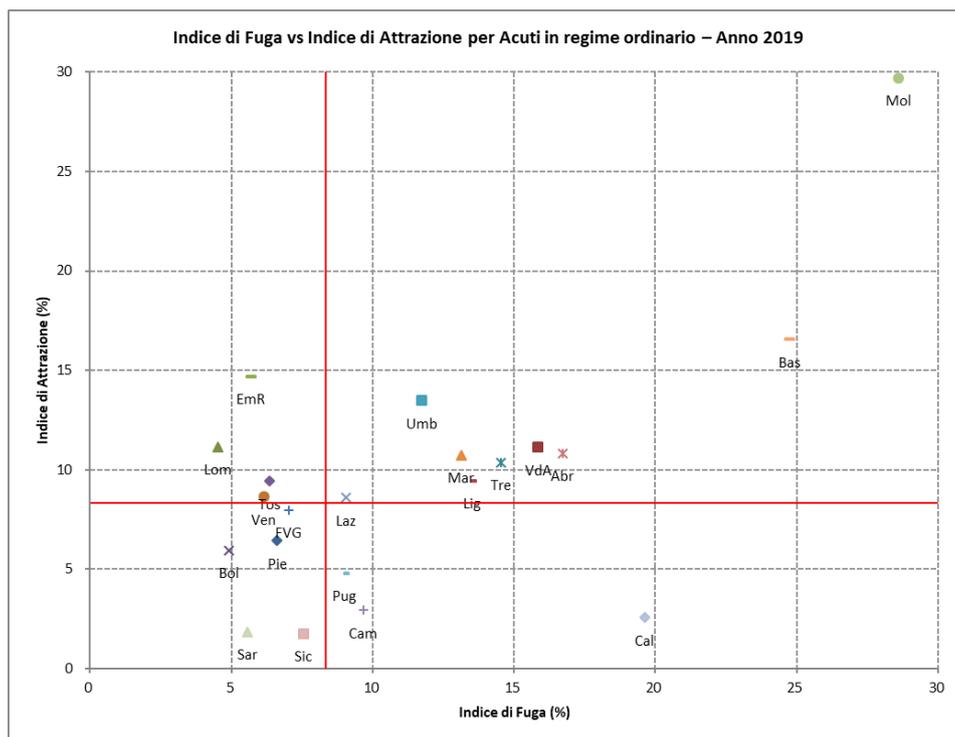
Il grafico riportato nella pagina seguente mostra il confronto fra indice di fuga (riportato sull'asse delle ascisse) e indice di attrazione (riportato sull'asse delle ordinate) relativo all'attività per Acuti in regime ordinario erogata nell'anno 2019. L'indice di fuga quantifica la propensione della popolazione ad allontanarsi dalla propria Regione per usufruire delle prestazioni richieste, ed è calcolato come rapporto fra il numero di dimissioni di pazienti residenti nella Regione effettuate nel resto del territorio nazionale ed il totale dei ricoveri di residenti nella Regione effettuati su tutto il territorio nazionale; sono esclusi dal calcolo i cittadini stranieri e di nazionalità sconosciuta.

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

Entrambi questi indicatori possono essere interpretati come misura proxy della qualità (reale o percepita) dell'assistenza sanitaria erogata in una data regione: un elevato indice di fuga potrà essere dovuta a carenze dell'offerta assistenziale, mentre un elevato indice di attrazione potrà essere dovuto alla presenza di centri di eccellenza per particolari patologie,

o più in generale ad una assistenza sanitaria ritenuta qualitativamente migliore (ad esempio, in termini di efficacia, di tempi di attesa etc.) .

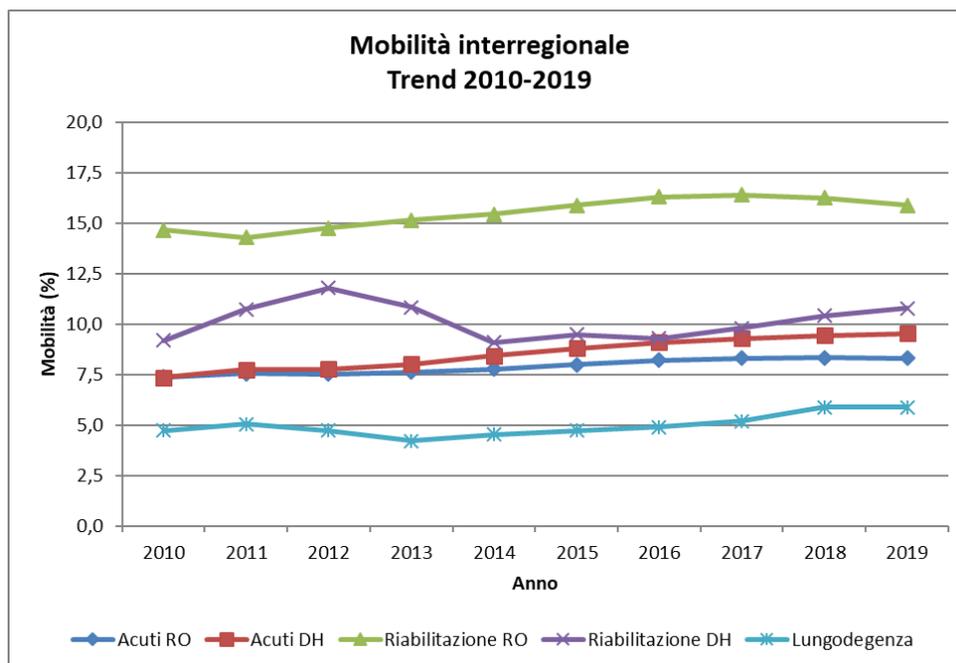
Tuttavia, occorre tenere presente il fenomeno della "mobilità di confine", in base al quale la popolazione che risiede in prossimità del confine con un'altra regione tende comunque ad effettuare prestazioni sanitarie al di fuori della propria regione per motivi che esulano dalla qualità e dall'offerta assistenziale disponibile (ad esempio, per motivazioni legate alla comodità degli spostamenti), fenomeno che tende ad alterare una corretta lettura della mobilità, poiché è difficilmente eliminabile e, tra l'altro, è influenzato anche dalla dimensione e dalla forma dei confini regionali.



Confronto Indice di Fuga vs Indice di Attrazione per Acuti in Regime ordinario - Anno 2019

Le tavole da 5.22 a 5.35 riportano la mobilità interregionale generale per tipo attività e regime di ricovero, e per alcune specifiche patologie o procedure.

Il grafico seguente mostra l'andamento della mobilità interregionale negli anni 2010-2019 riportando separatamente l'attività per Acuti, Riabilitazione e Lungodegenza in Regime ordinario e diurno. Si può osservare come, pur con qualche leggera variazione, la percentuale di ricoveri in mobilità per ciascun tipo di attività e regime di ricovero si mantenga sostanzialmente costante, rispettivamente, nell'intorno del 8% per l'attività per Acuti in regime ordinario, del 9% per l'attività per Acuti in regime diurno, del 16% per l'attività di riabilitazione in regime ordinario, del 10% per l'attività di riabilitazione in regime diurno, e del 6% per l'attività di lungodegenza.



Trend mobilità interregionale per tipo attività e regime di ricovero - Anni 2010-2019

La tavola 5.22 riporta la mobilità complessiva a livello nazionale per Acuti in Regime ordinario, che, nel 2019 è pari a 8,3% (il medesimo valore era stato osservato per il 2018); nella tavola 5.23 è riportato il corrispondente valore per il regime diurno, che si posiziona a 9,5% (era 9,4% nel 2018).

La mobilità per riabilitazione è pari al 15,9% (era 16,3% nel 2018) in regime ordinario (tav. 5.24) e al 10,8% in regime diurno (nel 2018 era 10,4%) (tav. 5.25), e si attesta al 5,9% per Lungodegenza (era 5,9% nel 2018) (tav. 5.26).

Le tavole 5.28 e 5.29 riportano la mobilità per diagnosi principale di tumore, rispettivamente in regime ordinario ed in regime diurno: nel primo caso, il numero di ricoveri è pari a 542.951 unità, con un valore di mobilità del 10% (rispettivamente, 552.956 dimissioni e 10% di mobilità nel 2018), mentre per il regime diurno si osserva un numero di dimissioni di 151.064 unità, con una mobilità del 8,3% (erano 153.522 dimissioni e 8% di mobilità nel 2018).

Le tavole 5.30 e 5.31 riportano la mobilità per radioterapia: nell'anno 2019 il numero di dimissioni in regime ordinario ammonta a 9.661 unità, con un valore di mobilità del 28,7% (rispettivamente, 10.224 dimissioni e 26,2% di mobilità nel 2018), mentre per il regime diurno si osserva un numero di dimissioni di 2.426 unità, con una mobilità del 29,3% (erano 2.683 dimissioni e 29,1% di mobilità nel 2018).

La mobilità per chemioterapia viene analizzata nelle tavole 5.32 e 5.33: a fronte di un numero complessivo di 42.858 dimissioni in regime ordinario, la mobilità interregionale osservata nel 2019 è pari a 16% (era 15,6% nel 2018), mentre per 95.708 dimissioni in regime diurno, la mobilità osservata è pari a 5,8% (6% nel 2018).

Infine, le tavole 5.34 e 5.35 riportano la mobilità generale nella fascia d'età 0-17 anni: il numero di ricoveri per Acuti in regime ordinario è pari, nel 2019, a 535.374 unità, con una mobilità del 9,4% (rispettivamente, 555.558 dimissioni e 9,4% di mobilità nel 2018), mentre il corrispondente valore in regime diurno è di 250.602 unità con una mobilità del 15,4% (rispettivamente, 248.299 dimissioni e 15,2% di mobilità nel 2018).

INDICATORI DI COMPLESSITÀ ED EFFICIENZA

L'Indice Comparativo di Performance (ICP) e l'Indice di Case-Mix (ICM) sono due indicatori tipicamente utilizzati per la valutazione della complessità e dell'efficienza degli erogatori, in particolar modo se letti congiuntamente (cfr. tav. 3.3).

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

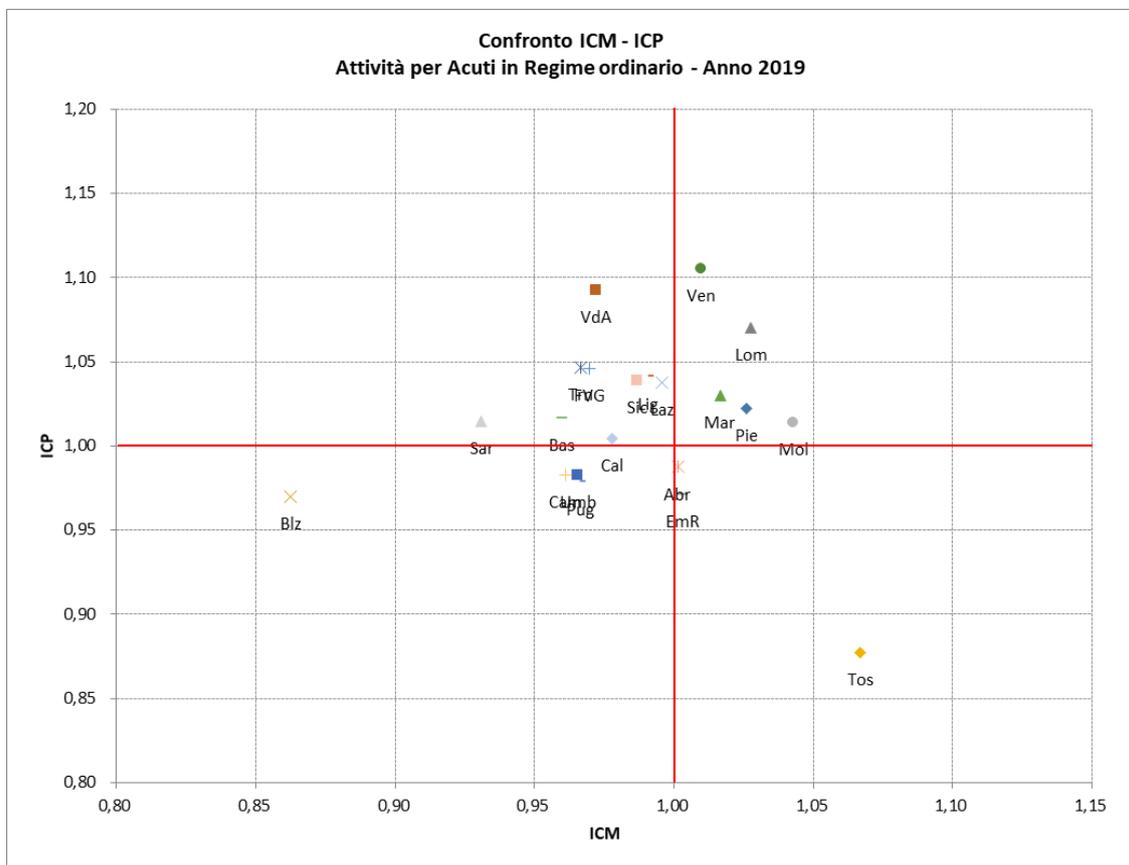


tavola 3.3 - Grafico a quattro quadranti di IMP e ICP - Anno 2019

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

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

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

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

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

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

Si può osservare che, rispetto alla situazione osservata nel 2018, la Regione Liguria si è spostata dal quadrante superiore destro ($ICM = 1,01$, $ICP = 1,02$) a quello superiore sinistro ($ICM = 0,99$, $ICP = 1,04$), la Regione Lazio si è spostata dal quadrante superiore destro ($ICM = 1,01$, $ICP = 1,04$) a quello superiore sinistro ($ICM = 1$, $ICP = 1,04$), la Regione Abruzzo si è spostata dal quadrante inferiore sinistro ($ICM = 1$, $ICP = 0,99$) a quello inferiore destro ($ICM = 1$, $ICP = 0,99$). Naturalmente, occorre utilizzare cautela nell'interpretazione, soprattutto quando i valori degli indicatori sono molto prossimi all'unità.

INDICATORI DI EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA

Il capitolo 4 è dedicato all'analisi della qualità, dell'efficacia, dell'appropriatezza clinica e organizzativa dell'assistenza ospedaliera.

La tavola 4.1 riporta alcuni indicatori di appropriatezza organizzativa per Regione: nel 2019, la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico si attesta a 26,65% (era 27,5% nel 2018), la percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico è 35,25% (era 35,3% nel 2018), la percentuale di ricoveri brevi si attesta a 9,06% per i ricoveri 0-1 giorno (era 9,2% nel 2018) e 23,98% per i ricoveri 2-3 giorni (era 24,39% nel 2018), mentre la percentuale di ricoveri con degenza oltresoglia con DRG medico in pazienti con età di 65 anni e oltre si attesta a 4,59% (era 4,64% nel 2018).

È interessante sottolineare la stretta correlazione fra il ricorso inappropriato alle strutture ospedaliere e l'inadeguatezza del livello territoriale: questi stessi indicatori, pertanto, possono fornire indicazioni non solo sul corretto uso del setting ospedaliero, ma anche, indirettamente, sulla capacità assistenziale degli altri Livelli di Assistenza.

Le Tavole 4.3 e 4.4 riportano alcuni tassi di ospedalizzazione per condizioni cliniche quali il diabete non controllato, il diabete con complicanze, l'insufficienza cardiaca, l'asma nell'adulto, le malattie polmonari croniche ostruttive, l'influenza nell'anziano e le patologie correlate all'alcol, laddove valori più bassi delineano una migliore efficienza dell'assistenza sanitaria nel suo complesso, sia come efficacia dei servizi territoriali, sia come ridotta inappropriatazza del ricorso all'ospedalizzazione.

Ad esempio, nel 2019 il tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato si attesta a 10,22 dimissioni per cento mila abitanti (era 10,79 nel 2018); il tasso di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca nella fascia di età 18 anni e più si attesta a 301,12 dimissioni per cento mila abitanti (era 300,26 nel 2018), e, parallelamente, osserviamo che il tasso di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca nella fascia di età 65 anni e più è pari a 994,67 dimissioni per cento mila abitanti (era 1.001,29 nel 2018).

Il tasso di ospedalizzazione per influenza nell'anziano (per cento mila abitanti) ha assunto un valore pari a 12,4, mentre si era attestato a 11,15 nel 2018 (cfr tav. 4.3).

Nella tavola 4.4 si può osservare che il tasso di ospedalizzazione per malattie polmonari croniche ostruttive, nel 2019 ha assunto il valore di 48,74 dimissioni per cento mila abitanti, con una diminuzione rispetto al valore di 55,58 osservato sui dati del 2018; il tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze si colloca, nel 2019, a 27,45 dimissioni per cento mila abitanti, con una diminuzione rispetto al valore di 28,96 osservato sui dati del 2018; infine, la percentuale di riammissioni non programmate (avvenute entro 30 giorni dal precedente episodio di ricovero) per schizofrenia o disturbo bipolare è pari, rispettivamente, a 14,55% e a 8,79% nel 2019 (rispettivamente, 13,65% e 8,1% nel 2018).

Le Tavole 4.6, 4.7 e 4.8 forniscono una descrizione dettagliata dell'attività ospedaliera erogata per i DRG a rischio di inappropriatazza se erogati in Regime di ricovero ordinario (la lista dei DRG a rischio inappropriatazza è definita nel Patto per la Salute 2010-2012 e confermata nel Patto per la Salute 2014-2016). Le prestazioni afferenti ai suddetti DRG sono in corso di trasferimento in regime diurno o anche in regime ambulatoriale, dove possono essere più efficientemente erogate, con minor aggravio di risorse per il Sistema Sanitario Nazionale ed un miglioramento dell'appropriatazza organizzativa e dell'efficienza nell'uso delle risorse ospedaliere.

In particolare, confrontando i dati dell'anno 2019 con quelli dell'anno precedente, si osserva un aumento della percentuale di regime diurno in 69 dei 108 DRG a rischio inappropriatazza; inoltre, fra i restanti 39 DRG, ulteriori 31 DRG, pur presentando una quota di Regime diurno inferiore rispetto al 2018, sono caratterizzati da una riduzione del volume di ricoveri ordinari: in media la riduzione osservata è pari a 6,2%; infine, si può osservare che 93 DRG mostrano una riduzione del numero totale di ricoveri erogati rispetto all'anno precedente.

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

INDICATORI ECONOMICI

Il capitolo 6 è dedicato agli indicatori economici. Il grafico seguente, tratto dalla tavola 6.12, riporta la distribuzione della remunerazione teorica delle prestazioni ospedaliere per età e sesso, con il dettaglio della

composizione per tipo attività e regime di ricovero (i dati per fasce d'età e sesso sono riportati nelle tavole da 6.7 a 6.11).

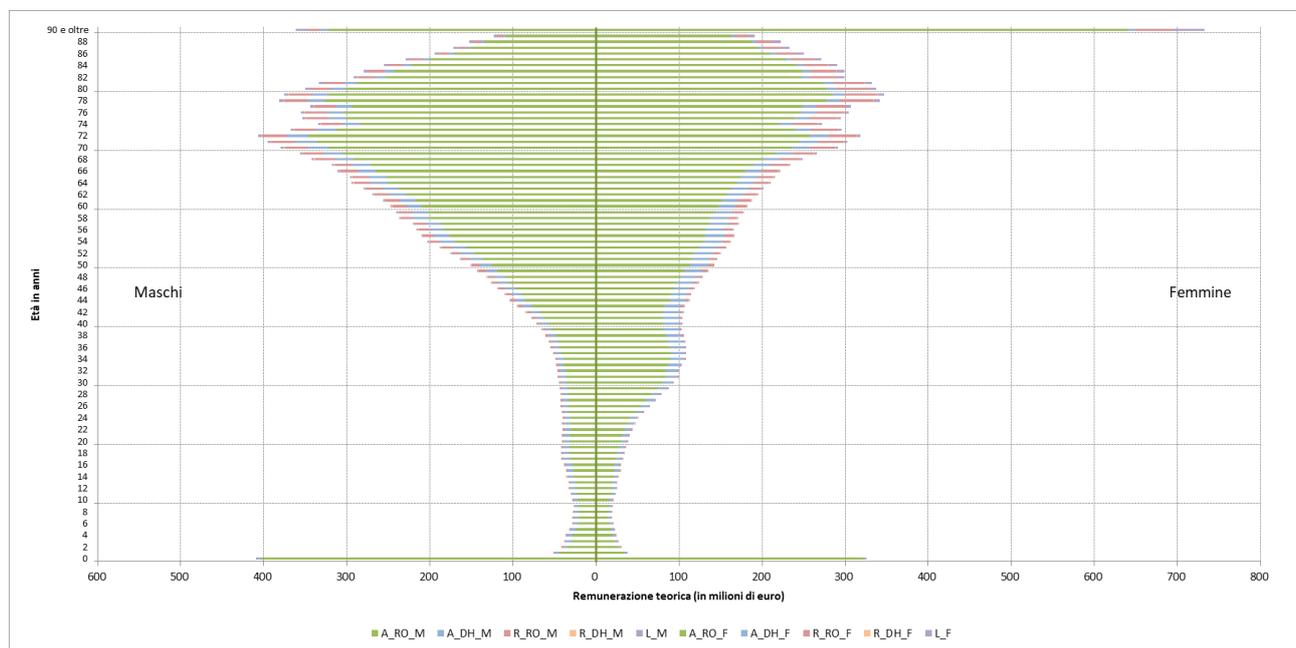


tavola 6.12 - Distribuzione della remunerazione teorica per età e sesso - Composizione per tipo attività e regime di ricovero - Anno 2019

Osservando il grafico si può notare, per la remunerazione per età delle dimissioni di pazienti di sesso maschile, in particolare:

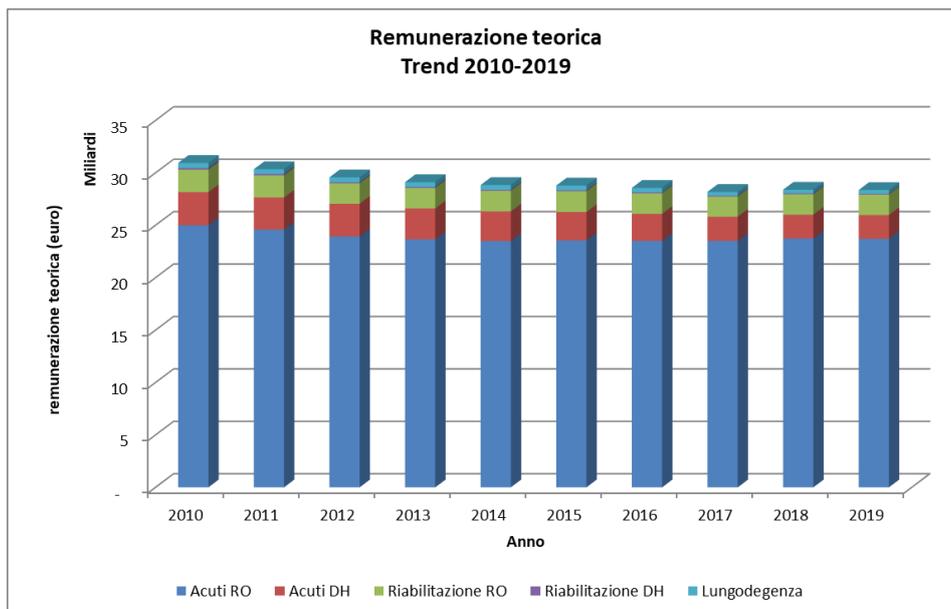
- Un massimo isolato di circa 408,5 milioni di euro in corrispondenza dell'età 0 anni;
- Un massimo relativo che si attesta su 395,8 milioni di euro, compreso fra 70 e 74 anni;
- Un massimo isolato di circa 361,8 milioni di euro in corrispondenza dell'età 90 anni e oltre;
- Un massimo relativo che si attesta su 344,1 milioni di euro, compreso fra 76 e 80 anni;
- Un massimo relativo che si attesta su 41,4 milioni di euro, compreso fra 17 e 23 anni;

Per quanto riguarda l'andamento della remunerazione per età per le dimissioni di pazienti di sesso femminile, si osserva:

- Un massimo isolato di circa 732,5 milioni di euro in corrispondenza dell'età 90 anni e oltre;
- Un massimo relativo che si attesta su 347 milioni di euro, compreso fra 77 e 81 anni;
- Un massimo isolato di circa 325,6 milioni di euro in corrispondenza dell'età 0 anni;
- Un massimo relativo che si attesta su 107,7 milioni di euro, compreso fra 33 e 40 anni;

Il grafico seguente mostra il trend della remunerazione teorica delle prestazioni di ricovero ospedaliero a carico del S.S.N. negli anni 2010-2019 (sono stati considerati i ricoveri in istituti pubblici e privati accreditati, esclusi i solventi).

La remunerazione teorica complessiva, il cui ammontare è determinato prevalentemente dalla componente Acuti in regime ordinario e a seguire, dalle componenti Acuti in regime diurno e Riabilitazione in regime ordinario, passa da 30,9 miliardi di euro nel 2010 a 28,4 miliardi di euro nel 2019.



Trend remunerazione teorica per tipo attività e regime di ricovero - Anni 2010-2019

In particolare, per l'anno 2019 la remunerazione complessiva si attesta a circa 26 miliardi di euro per l'attività per Acuti (di cui 23,7 miliardi di euro in regime ordinario e 2,3 miliardi di euro in regime diurno), circa 2 miliardi di euro per l'attività di Riabilitazione (di cui 1,9 miliardi di euro in regime ordinario e 87,6 milioni di euro in regime diurno), e circa 354,4 milioni di euro per l'attività di Lungodegenza, per un totale di circa 28,4 miliardi di euro complessivi.

Fra l'anno 2018 e l'anno 2019 si osserva, per il totale della remunerazione, una diminuzione di circa lo 0,1%.

Si evidenzia che la remunerazione teorica delle prestazioni di ricovero ospedaliero, poste a carico del S.S.N., è stimata sulla base dell'ipotesi che ogni ricovero sia remunerato in ogni regione secondo i valori delle tariffe di riferimento nazionali ex d.m.18/10/2012 e la casistica sia raggruppata secondo il sistema di classificazione DRG versione 24. Pertanto, i valori riportati non coincidono con i costi effettivamente sostenuti per l'assistenza ospedaliera. Per l'individuazione delle giornate oltresoglia per il calcolo della remunerazione teorica sono state utilizzate le soglie DRG 24 ex d.m.18/12/2008. Sono stati considerati i ricoveri in istituti pubblici e privati accreditati, esclusi i solventi.

INDICATORI PER IL CONTROLLO ESTERNO

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 Tavola 7.1 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).

La percentuale di trasferiti nel 2019 è pari ad un valore nazionale complessivo di circa 1,6% e di 0,7% entro il secondo giorno (rispettivamente, 1,6% e 0,7% nel 2018).

I DRG "omologhi" rappresentano una famiglia di coppie di DRG corrispondenti, identificati dalla medesima diagnosi principale e/o dal medesimo intervento principale, e distinti per la presenza o meno di ulteriori patologie complicanti.

La percentuale di casi complicati misura la quota di ricoveri afferenti ai DRG omologhi con complicanze (i cosiddetti "DRG complicati") rispetto al totale di ricoveri afferenti ai DRG omologhi. Questo indicatore può essere utilizzato come proxy per individuare eventuali comportamenti opportunistici nella compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera, come, ad esempio, forzare l'attribuzione del ricovero ad un DRG di maggiore complessità e, conseguentemente, una maggiore remunerazione.

Il valore medio nazionale si attesta intorno al 33,4%, (era 33% nello scorso anno), e con una certa variabilità regionale: il valore più elevato si osserva in Molise (43,2%), mentre il valore più basso si presenta in Campania (27,3%).

Le tavole 7.2 e 7.3 riportano gli indicatori ora descritti distintamente per strutture pubbliche e private.

ALTRE TAVOLE

Le tavole del capitolo 8 riportano il dettaglio per singola regione della descrizione dell'attività erogata per singolo DRG per Acuti in Regime Ordinario (tavola 8.1), ed il dettaglio della distribuzione della remunerazione teorica per DRG per l'attività per Acuti erogata nell'anno (tavola 8.2).

Queste tavole sono disponibili solo in formato elettronico sul portale del Ministero della Salute.

