

RAPPORTO ANNUALE SULL'ATTIVITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO

DATI SDO 2003

1. COMPLETEZZA E QUALITÀ DELLA RILEVAZIONE

La completezza delle informazioni rilevate attraverso la scheda di dimissione ospedaliera (SDO) ha raggiunto ormai un buon livello grazie alla stretta collaborazione instaurata tra il Ministero e le Regioni e Province autonome. L'ottima copertura del flusso informativo è confermata dal numero di istituti di ricovero rilevati (1398) e delle schede di dimissione trasmesse (12.818.905) [Tavola 1.1].

L'evoluzione della rilevazione SDO nel tempo è sintetizzata e descritta, per gli anni 1997-2003, attraverso i principali indici di completezza e di qualità [Tavola 1.2].

La congruità e l'accuratezza della compilazione delle schede possono essere esaminate sia mediante l'analisi della frequenza degli errori logico-formali riscontrati in fase di acquisizione, sia attraverso la valutazione del numero medio di diagnosi e di interventi/procedure riportati sulla scheda stessa [Tavole 1.3-1.6].

Negli ultimi anni è stata consolidata, da parte del Ministero della Salute, una metodologia per il controllo e la validazione dei dati trasmessi dalle Regioni e Province autonome: il Ministero trasmette ai referenti regionali i tabulati contenenti gli errori logico-formali riscontrati a seguito 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 2003, il 5,7% delle schede di dimissione presenta almeno un errore in qualsiasi informazione; tale valore è in diminuzione considerando che sono state avviate nell'anno 2004 ulteriori procedure di controllo che investono tutte le variabili inserite nella SDO e non solo quelle utili ai fini dell'attribuzione del DRG.

Come ormai da diversi anni, le schede sono state trasmesse da tutte le Regioni (19) e Province autonome (2), per un totale di 1.398 istituti invianti, pari al 97,2% di quelli risultanti nell'anagrafe del Sistema Informativo Sanitario, di cui 816 pubblici (99,8%) e 582 privati (93,9%).

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

La qualità delle informazioni rilevate attraverso la SDO viene confermata anche nell'anno 2003 dalla proporzione degli errori riscontrati che, rispetto a tutti i controlli di congruità effettuati, è pari al 6%. Anche in questo caso il valore lievemente superiore rispetto agli anni precedenti è attribuibile all'incremento del numero di controlli elaborati dalle procedure ministeriali. Dal 1999, gli errori riscontrati nei campi relativi alla USL e alla Regione di provenienza, sono complessivamente costanti e si attestano

intorno al 2,3%; sono diminuiti, rispetto all'anno 2002, gli errori relativi alla data dell'intervento principale (0,65%) e in generale in tutto il quinquennio gli errori collegati alla diagnosi principale ¹ e a tutte le altre variabili cliniche (diagnosi secondarie, interventi chirurgici e procedure).

Nella Tavola è riportata la distribuzione degli errori tra le varie regioni italiane e segnalate le principali cause di errore per ciascuna Regione. La Regione e USL di residenza errata è ancora una delle principali cause di errore riscontrate nelle schede di alcune regioni ed è ascrivibile, almeno in parte, alla mancata revisione delle anagrafi USL presenti nel sistema informativo sanitario. L'errore comunque non inficia le elaborazioni relative alla mobilità ospedaliera perché si utilizza il codice del comune di residenza per ricostruire la USL di appartenenza quando quest'ultima risulta errata o non compilata.

A causa degli errori rilevati in alcune variabili del flusso informativo, non tutte le schede di dimissione acquisite risultano utilizzabili per le elaborazioni proposte nella presente pubblicazione; conseguentemente il numero di dimissioni riportato nelle singole elaborazioni può risultare leggermente variabile e non coincidere con il totale complessivo di SDO acquisite.

L'accuratezza nella compilazione delle variabili cliniche della SDO è valutata calcolando il numero medio di diagnosi e il numero medio di interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e terapeutiche riportati in ciascuna scheda² [Tavole 1.5-1.6].

Il numero medio di diagnosi riportate nelle schede di dimissione ospedaliera è aumentato in tutte le discipline di ricovero, per effetto dell'incremento dell'opportunità di inserire diagnosi e procedure nel flusso SDO a partire dal 2001 (da 3 a 5): nelle discipline per acuti, in regime ordinario, è pari a 2,3 (2,1 nel 2002) mentre in Day Hospital è 1,6 (1,5 nel 2002); in riabilitazione, in regime ordinario, è pari a 3 (2,8 nel 2002) mentre in Day Hospital è 2,3 (2,2 nel 2002); in lungodegenza è uguale a 3,2 (2,9 nel 2002). Discrete variazioni si registrano tra istituti pubblici e privati, permanendo un maggior numero di diagnosi mediamente registrate negli istituti pubblici, in particolare per quanto riguarda i ricoveri in lungodegenza (3,7 vs 2,7) [Tavola 1.5].

Anche per quanto riguarda il numero medio di interventi e/o procedure riportati sulle SDO relative ai ricoveri effettuati nelle discipline per acuti, si registra un aumento rispetto all'anno precedente, sia in regime ordinario (2,2 vs 2 nel 2002), sia in Day Hospital (2 vs 1,8 nel 2002), riscontrabile sia negli istituti pubblici che negli istituti privati [Tavola 1.6].

Si osserva, inoltre, analogamente al 2002, una maggiore accuratezza nella compilazione delle diagnosi negli istituti pubblici, mentre negli istituti privati si codifica un maggior numero di interventi e/o procedure per SDO.

Tra le diverse Regioni, restano costanti le differenze in merito ai suddetti indicatori di accuratezza: relativamente ai ricoveri per acuti, il numero medio di diagnosi per SDO in regime ordinario varia da un

¹ A partire dall'1.1.2001, il riferimento uniforme per la codifica di diagnosi ed interventi chirurgici è costituito, ai sensi del DM n. 380 del 27.10.2000, dall'ICD9CM, versione italiana 1997.

² Per una corretta interpretazione di tali valori è opportuno ricordare che il DM n. 380 del 27.10.2000 prevede che nella SDO sia riportata sempre la diagnosi principale, nonché, ove siano segnalate nella cartella clinica, le diagnosi secondarie, concomitanti o complicanti, fino ad un massimo di cinque; analogamente, nella SDO devono essere riportati l'intervento chirurgico principale, nonché gli ulteriori interventi chirurgici e le principali procedure diagnostiche e terapeutiche effettuate nel corso del ricovero, fino ad un massimo di cinque.

minimo di 1,9 (P.A. Bolzano) ad un massimo di 2,7 (Molise), mentre in Day Hospital varia da un minimo di 1,4 (Lazio, PP.AA. di Trento e Bolzano) ad un massimo di 2,1 (Molise); per quanto riguarda invece il numero medio di interventi e/o procedure per SDO, sempre in regime ordinario, varia da un minimo di 1,1 (Umbria, P.A. Trento) ad un massimo di 3,1 in Basilicata.

2. ATTIVITÀ COMPLESSIVA

2.1 Dati generali e trend [Tavole 31-34]

Vengono presentati in modo sinottico alcuni indici generali che consentono di valutare l'andamento delle attività di ricovero nel tempo [Tavola 2.1.1]. Il numero totale dei dimessi rilevati è pari a 12.818.905; il numero delle giornate di degenza è di 78.450.940. Rispetto all'anno precedente si osserva una lieve ma significativa riduzione del numero complessivo dei ricoveri (circa 140.000, pari all'1,1%) ed una decisa diminuzione delle giornate di degenza (1 milione 867 mila, pari al 2,3%).

Analizzando dettagliatamente il tipo di attività dei ricoveri per acuti, si rileva che la riduzione del numero dei ricoveri è effetto di una consistente diminuzione dei ricoveri ordinari (circa 435.000 casi in meno, pari a quasi il 5%) e di un netto aumento dei ricoveri in Day Hospital (circa 270.000 casi in più, pari all'8,2%); più contenuti sono, invece, gli aumenti della riabilitazione (10.600 casi) e della lungodegenza (circa 6.200). C'è ancora un incremento nel numero dei neonati sani (8.500) in parte ascrivibile ad una più corretta identificazione (attraverso diverse prassi di codifica clinica) rispetto al neonato patologico.

Come per l'anno precedente, alla riduzione del numero dei ricoveri ordinari di quasi 141.000 dimissioni nel settore pubblico, si contrappone un aumento di quasi 2.000 casi nelle strutture private. L'aumento dei ricoveri per acuti in Day Hospital si evidenzia sia negli istituti pubblici (circa 205.000 ricoveri in più) sia in quelli privati (65.000).

Sia in riabilitazione che in lungodegenza si registrano fluttuazioni meno consistenti che negli anni precedenti, con una tendenza all'aumento sia in termini di casi trattati, che di giornate, influenzato anche da aspetti di variabilità nella classificazione di queste attività. In particolare, l'aumento delle giornate di degenza, osservato nelle discipline di riabilitazione è risultato pari a 310.000 mentre nella lungodegenza è pari a 46.000.

Nella tabella sottostante è riportata sinteticamente la composizione dell'attività ospedaliera, in termini di dimissioni per giornate di degenza, per ciascuna tipologia di attività erogata, in regime ordinario e Day Hospital, nel periodo dal 2001 al 2003. Dalla variazione percentuale dei valori fra 2003 e 2002 si osserva complessivamente una riduzione del numero dei ricoveri a fronte di una maggiore contrazione delle corrispondenti giornate di degenza; tuttavia nel dettaglio delle tipologie di attività è maggiormente evidente la diminuzione dei ricoveri per acuti in regime ordinario, e il maggior ricorso ad altri setting assistenziali, quali il Day Hospital, la riabilitazione e la lungodegenza.

Dimessi e giornate di degenza per tipologia di attività, anni 2001-2003

Tipologia di attività	2001		2002		2003 (*)		Δ % 2003-2002	
	Dimessi	Giornate	Dimessi	Giornate	Dimessi	Giornate	Dimessi	Giornate
Acuti – Regime ordinario	9.158.928	62.275.391	8.878.595	59.449.206	8.443.471	56.594.442	-4,90	-4,80
Acuti – Day Hospital	3.042.564	8.370.923	3.302.961	9.004.920	3.573.384	9.633.887	8,19	6,98
Riabilitazione – Regime ordinario	246.896	6.177.128	252.309	6.619.688	260.914	6.882.002	3,41	3,96
Riabilitazione – Day Hospital	55.030	549.349	51.573	594.680	53.598	642.332	3,93	8,01
Lungodegenza	80.422	2.752.131	88.103	2.821.328	94.273	2.867.366	7,00	1,63
Neonati sani	354.382	1.258.257	369.760	1.285.532	378.248	1.287.674	2,30	0,17
Totale	12.938.222	81.383.179	12.943.301	79.775.354	12.803.888	77.907.703	-1,08	-2,34

(*) sono escluse 15.017 schede, pari a 543.237 giornate di degenza, con regime di ricovero errato, tipo attività, tipo istituto non determinabile e durata della degenza errata.

Dopo una lenta e progressiva riduzione registrata negli ultimi anni, la degenza media nel 2002 e nel 2003, nelle discipline per acuti, si attesta su 6,7 giorni, mentre la casistica trattata continua ad evidenziare una maggior complessità (peso medio pari a 1,22 nel 2003, 1,18 nel 2002): ciò riflette una tendenza all'uso più appropriato degli ospedali per acuti, pur considerando il contributo positivo a questa evidenza di una maggiore accuratezza nella codifica delle variabili cliniche.

Il maggior utilizzo del Day Hospital rispetto al ricovero ordinario è mostrato da un rapporto tra le due attività, espresso in termini di giornate di degenza, lievemente crescente; nell'anno 2003 tale rapporto è pari a 17 accessi di day hospital ogni 100 giornate di degenza ordinarie (nel 2002 il rapporto era pari a 15,1).

Per la globalità dei ricoveri il settore pubblico realizza 10.628.000 casi, pari all'85% delle dimissioni e risulta in lieve diminuzione rispetto agli anni precedenti (2002: 85,7%, 2001: 86,3%); per il dettaglio delle discipline per acuti il valore, leggermente superiore, pari a 84,8%, risulta piuttosto costante negli ultimi anni (2002: 84,7%). Per i ricoveri di riabilitazione in regime ordinario, la distribuzione tra pubblico e privato si fa sempre più bilanciata ed è pari rispettivamente a 48,6% e 51,4% (nel 2002: 49,1% e 50,9%); nella lungodegenza, è pari a 57,1% nel pubblico e 42,9% nel privato.

2.2 Ricoveri nelle discipline per acuti [Tavole 2.2]

Nell'anno 2003 sono stati effettuati nelle discipline per acuti poco più di 12 milioni di ricoveri, ovvero quasi il 94% di tutti i ricoveri ospedalieri, di cui più di 8,4 milioni (70,5%) in regime di degenza ordinaria e oltre 3,5 milioni (29,5%) in Day Hospital.

La riduzione, rispetto all'anno precedente, dei ricoveri in regime ordinario si evidenzia in tutte le Regioni, e a fronte di una riduzione media di circa 5% risulta più consistente nella P.A. di Trento (-9,5%) e in Puglia, Molise, Basilicata e Calabria (-8%).

Per quanto riguarda l'attività erogata in regime diurno si rileva un generale aumento in molte Regioni appartenenti soprattutto dell'area meridionale del paese: Molise, Campania, Calabria, Sicilia, Lazio, P.A. di Trento e Bolzano, Liguria ma anche una lieve riduzione in Valle d'Aosta, Emilia Romagna, Toscana, Marche e Sardegna. [Tavola 2.2.3]

Nelle aziende ospedaliere e negli ospedali a gestione diretta si effettua quasi il 74% dei ricoveri in regime ordinario ed il 75% dei ricoveri in Day Hospital. Policlinici universitari ed IRCCS effettuano per acuti, rispettivamente, il 2,8% ed il 4,1% dei ricoveri ordinari ed il 6,2% dei ricoveri diurni, con modifiche minime rispetto all'anno precedente. Le case di cura private accreditate svolgono nelle discipline per acuti il 14,4% delle attività di ricovero ordinario e l'8,9% delle attività di Day Hospital. [Tavole 2.2.1-2.2.2]

L'osservazione delle differenze regionali nella distribuzione delle dimissioni per tipo di istituto, conferma che il ricorso alle strutture private, accreditate e non, avviene con maggiore frequenza nell'area centro meridionale per i ricoveri ordinari, con valori massimi in Campania (26,3%), Calabria (24,5%) e Abruzzo (20,8%). Il valore basso della regione Liguria è ascrivibile alla mancata compilazione della SDO in molte strutture private della regione.

Per quanto riguarda il ricovero diurno la presenza più accentuata del settore privato si verifica in Lombardia (14,4%), in Emilia Romagna (14,5%) e in Campania (13,1%).

Relativamente alla tipologia di attività erogata, la tabella sottostante descrive sinteticamente la casistica sulla base del DRG, medico o chirurgico, attribuito alla dimissione; si osserva in generale che circa il 64% dei ricoveri ordinari (5,4 su 8,4 milioni) e quasi il 59% dei ricoveri diurni (2,1 su 3,6 milioni) sono attribuiti a DRG medici o non classificabili (n.c.).

La composizione delle attività evidenzia inoltre un incremento del ricorso al ricovero diurno, soprattutto in modalità Day Surgery, che in un anno è passata dal 10,6% al 12,1%, mentre all'attività ordinaria rimane ¼ dei ricoveri complessivi con DRG chirurgico.

Dimessi per regime di ricovero e tipo DRG, anni 2002-2003

	2002		2003	
	Dimessi	%	Dimessi	%
Regime ordinario				
DRG medico o n.c.	5.685.756	46,7	5.416.428	45,2
DRG chirurgico	3.193.022	26,2	3.027.043	25,3
Day Hospital				
DRG medico o n.c.	2.016.134	16,5	2.089.435	17,4
DRG chirurgico	1.286.823	10,6	1.448.306	12,1
Totale	12.181.735	100	11.981.212	100

La diminuzione del rapporto tra dimissioni con DRG medico o n.c. e dimissioni con DRG chirurgico risulta costante e negli ultimi 6 anni è passato da 2,3 a 1,68. I day hospital medici sono passati dal 21 al 28% e la day surgery si è più che raddoppiata passando dal 14,6% al 32,4%. Significativo è anche l'incremento evidenziato negli anni dalla "one day surgery", ossia il pernottamento a seguito di intervento chirurgico, che si conferma nel 2003 nel 10,2 % dei casi.

Dimessi per tipo DRG e durata della degenza, anni 1998-2003

<i>Anni</i>	<i>dimessi con DRG medico o n.c.</i>			<i>dimessi con DRG chirurgico</i>			<i>rapporto casi con DRG medico o n.c. su casi con DRG chirurgico</i>
	% d.h.	% ordinario di 1 giorno	% ordinario > 1 giorno	% d.h.	% ordinario di 1 giorno	% ordinario > 1 giorno	
1998	21,1	11,1	67,8	14,6	8,6	76,9	2,30
1999	21,8	10,7	67,5	17,3	9,9	72,8	2,10
2000	23,1	10,3	66,6	20,7	10,2	69,1	1,96
2001	25,3	9,9	64,8	24,2	10,1	65,7	1,84
2002	26,2	9,7	64,1	28,7	10,2	61,1	1,72
2003	27,8	9,3	62,9	32,4	10,2	57,5	1,68

Nella Tavola 2.2.4 si illustra la distribuzione dei ricoveri secondo le fasce di durata della degenza indicate nel D.M. 30.6.1997, utile ai fini della valorizzazione economica, in termini di remunerazione, delle prestazioni di ricovero ospedaliero in regime ordinario. Complessivamente si rileva una notevole stabilità rispetto al 2002 sia nella proporzione di dimissioni con ricovero breve (di 0-1 giorno) che si attesta intorno al 13,6%, sia nella proporzione di ricoveri (1,3%) con durata della degenza superiore alla soglia DRG-specifica fissata nel D.M. 30.6.1997.

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

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

Anche nell'anno 2003 la maggior quota di dimissioni è riferita alle malattie dell'apparato cardiocircolatorio (14,3%), seguono le malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (11,9%), le malattie dell'apparato digerente (10,1), gravidanza, parto e puerperio (9%), malattie del sistema nervoso (7,6 %).

La riduzione del numero di dimissioni tra i ricoveri per acuti in regime ordinario riguarda quasi tutte le MDC, ed in particolare le malattie dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola, le malattie dell'apparato digerente e le malattie della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella. Un incremento di circa 13.000 casi si registra invece, nelle malattie dell'apparato respiratorio e di quasi 5.000 nelle malattie infettive e parassitarie.

La distribuzione della casistica ospedaliera secondo il DRG attribuito è riportata nella Tavola 2.2.7, in cui sono evidenziati, per ciascun DRG, il numero dei casi trattati e delle giornate di degenza, la degenza

media e la degenza media "entro il valore soglia"³. E', inoltre, riportata la distribuzione dei casi per durata della degenza, utilizzando una classificazione legata alle modalità di remunerazione delle prestazioni ospedaliere previste dal D.M. 30.6.1997 e alle specifiche necessità di controllo dei ricoveri con durata breve (2-3 giorni). Da tale prospetto, riferito ai ricoveri ordinari, è escluso il DRG 391, relativo ai neonati sani, che viene analizzato separatamente in un settore ad hoc del rapporto.

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

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

Graduatoria dei primi 10 DRG – anni 2001-2003

DRG	2001	2002	2003	Posizione 2001
1) 373 Parto vaginale senza diagnosi complicanti	322.962	321.698	324.975	1)
2) 127 Insufficienza cardiaca e shock	177.279	186.291	190.340	3)
3) 371 Parto cesareo senza complicazioni	160.440	173.085	182.541	5)
4) 183 Esofagite, gastroenterite e misc. mal.app. dig. età >17 anni senza CC	176.610	156.906	134.501	4)
5) 410 Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	129.938	130.570	125.081	6)
6) 014 Mal. cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	118.730	122.785	123.310	8)
7) 039 Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	229.316	174.448	116.574	2)
8) 359 Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza CC	116.911	119.158	116.554	9)
9) 088 Malattia polmonare cronica ostruttiva	112.739	111.453	113.959	11)
10) 209 Interventi su articolazioni maggiori e reimpianto di arti inferiori		106.170	113.775)

Analizzando nel particolare le prime 30 posizioni, emergono le seguenti osservazioni:

- ✓ DRG con netto calo di dimissioni (oltre 15.000 casi in meno): 183 (esofagite, gastroenterite e miscellanea, età >17, senza CC), 039 (interventi sul cristallino con o senza vitrectomia), 243 (affezioni mediche del dorso), 162 (interventi per ernia inguinale e femorale, età >17 senza CC,) 134 (ipertensione);
- ✓ DRG con calo moderato di dimissioni (tra 5.000 e 15.000 casi in meno): 410 (chemioterapia non associata a diagnosi sec. di leucemia acuta), 222 (interventi sul ginocchio senza CC), 184 (esofagite, gastroenterite e

³ 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

miscellanea, età >18), 381 (aborto con dilatazione e raschiamento), 379 (minaccia di aborto), 119 (legatura e stripping di vene);

- ✓ DRG con netto aumento delle dimissioni (oltre 10.000 casi in più): 112 (interventi sul sistema cardiovascolare per via per cutanea), 087 (edema polmonare e insufficienza respiratoria);
- ✓ DRG con moderato aumento delle dimissioni (tra 5.000 e 10.000 casi in più): 371 (parto cesareo senza complicazioni), 209 (interventi su articolazioni maggiori e reimpianto di arti inferiori), 089 (polmonite semplice e pleurite, età >17 con CC);
- ✓ DRG sostanzialmente stabili: 373 (parto vaginale senza diagnosi complicanti), 127 (insufficienza cardiaca e shock), 014 (malattie cerebrovascolari specifiche eccetto TIA), 359 (interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza CC), 088 (malattia polmonare cronica ostruttiva), 430 (psicosi), 198 (colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, senza CC), 139 (aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza CC), 015 (attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali), 316 (insufficienza renale), 125 (mal. Cardiovascolare eccetto IMA), 082 (neoplasie dell'apparato respiratorio), 202 cirrosi ed epatite alcolica.

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

ACC diagnosi	Dimessi	ACC procedura	Dimessi
1) Gravidanza e/o parto normale	270.919	1) Altre procedure di assistenza al parto	234.328
2) Aterosclerosi coronaria e altre malattie ischemiche cardiache	229.979	2) Elettrocardiogramma	226.243
3) Insufficienza cardiaca congestizia, non da ipertensione	180.005	3) Taglio cesareo	201.404
4) Malattie delle vie biliari	160.449	4) Radiografia del torace di routine	188.327
5) Ernia addominale	157.792	5) Altre procedure terapeutiche	166.032
6) Chemioterapia e radioterapia	147.223	6) TAC del capo	165.309
7) Aritmie cardiache	142.975	7) Altre procedure diagnostiche	130.802
8) Vasculopatie cerebrali acute	135.012	8) Ecocardiogramma	122.752
9) Polmoniti	131.232	9) Diagnostica a ultrasuoni addominale o retroperitoneale	118.167
10) Malattie polmonari croniche ostruttive o bronchiectasie	120.919	10) Procedure su cristallino e cataratta	115.411

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

I primi 10 ACC di procedura coprono quasi il 28% della casistica ed evidenziano ancora le procedure legate al parto e le procedure di routine nei ricoveri ospedalieri e propedeutici all'intervento chirurgico (elettrocardiogramma, RX torace). A conferma di quanto già evidenziato nelle descrizioni per DRG l'intervento sul cristallino è ancora una delle più frequenti motivazioni di ricovero nella modalità ordinaria nelle strutture ospedaliere.

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

Nel 2003 risulta stabile la percentuale di ricoveri in Day Hospital con accesso singolo (56,5%).

I 30 DRG più frequenti rappresentano il 55,6% dei ricoveri diurni; di questi, 15 sono di tipo chirurgico, uno in più rispetto all'anno 2002, corrispondente al DRG 169 "Interventi sulla bocca, senza CC" [Tavola 2.2.12].

Tra i DRG più frequenti, in termini di numero di dimissioni, si nota, rispetto all'anno precedente:

- ✓ un aumento marcato per il DRG 410 (chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta) che mostra un incremento di 9.000 casi, per il DRG 162 (interventi per ernia inguinale e femorale, età >17 anni, senza CC) (17.000), per il DRG 119 (interventi di stripping e legatura di vene) (12.000), per il DRG 222 (interventi sul ginocchio senza CC) (15.000), per il DRG 359 (interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC) (9.000);
- ✓ un incremento modesto si osserva per il DRG 381 (aborto con dilatazione e raschiamento) (6.000 casi); per il DRG 364 (dilatazione e raschiamento) (7.000), per il DRG 270 (altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella, senza CC) (4.000), per il DRG 229 (interventi su mano e polso, senza CC) (6.000), per il DRG 231 (escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio eccetto anca e femore) (4.000 casi).

Anche per la casistica trattata in regime di ricovero diurno sono riportati gli ACC più frequenti sia per le diagnosi che per gli interventi/procedure: si osserva che i primi 50 ACC relativi alle diagnosi principali descrivono il 70% dei casi trattati, mentre i primi 50 ACC di intervento/procedura descrivono l'81,2% della casistica trattata in Day Hospital [Tavole 2.2.13-2.2.14].

2.3 Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza [Tavole 2.3]

Il numero di dimessi nelle discipline di riabilitazione⁴ è stato pari, nel 2003, a 314.512, di cui 260.914 dimessi in regime ordinario e 53.598 in regime diurno (17% dell'attività complessiva riabilitativa), con un rapporto tra regime ordinario e regime di Day Hospital stabile rispetto all'anno precedente; si registra tuttavia un incremento superiore al 3% in entrambi gli assetti assistenziali, più evidente per il Day Hospital (circa 3,9%), attribuibile all'effetto combinato degli incrementi verificatisi soprattutto in Piemonte, Liguria, Toscana, Lazio, Abruzzo e Sicilia e di diminuzioni registrate principalmente nelle regioni Lombardia, Friuli Venezia Giulia e Campania.

Circa la metà dei ricoveri per riabilitazione in regime ordinario avviene in ambito pubblico; solo l'1,8% dell'attività riabilitativa si svolge nel settore privato non accreditato (in Puglia la distribuzione

⁴ Per dimessi nelle discipline di riabilitazione si intendono i pazienti delle discipline Unità spinale, recupero e riabilitazione funzionale, neuroriabilitazione, sia i pazienti degli istituti con attività esclusiva di riabilitazione

percentuale evidenza quest'ultimo valore al 29,2%). In ambito diurno la distribuzione tra settore pubblico e settore privato (accreditato e non) è maggiormente a favore del settore pubblico.

Nella riabilitazione ordinaria, quasi il 94,% dei dimessi rientra nella classe di giornate di degenza tra 0 e 60 giorni, e pertanto solo il 6,3% ha una degenza superiore a 60 giorni.

La distribuzione per MDC dei ricoveri di riabilitazione in regime ordinario, analogamente al 2002, riguarda soprattutto tre gruppi nosologici: le malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (40,9%), le malattie del sistema nervoso (23,7%), le malattie dell'apparato cardiocircolatorio (16,1%) [Tavola 2.3.6].

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

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

I ricoveri in lungodegenza sono stati, nel 2003, 94.273 e risultano in incremento rispetto al passato sia nel numero di casi che nel numero di giornate di degenza; sul trend non è possibile fare valutazioni corrette per il fatto che sono stati inseriti nelle elaborazioni anche i casi di lungodegenza in modalità di day hospital, esclusi negli anni precedenti;

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

Relativamente alla tipologia di attività effettuata in lungodegenza, le categorie diagnostiche più rappresentate, in termini di numerosità delle dimissioni, sono le malattie del sistema nervoso e i disturbi mentali, oltre alle patologie del sistema muscoloscheletrico e alle malattie cardiocircolatorie e respiratorie [Tavola 2.3.9].

2. 4 Neonati sani [Tavole 2.4]

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

Nell'anno 2003 sono stati registrati 378.248 neonati sani, con un aumento di quasi 8.500 casi rispetto all'anno precedente (2,3%) dovuto sia alla maggior copertura della rilevazione sia alla diffusione di modalità di codifica più corrette per l'identificazione del neonato sano rispetto a quello patologico. I maggiori incrementi si osservano in Lombardia (+1.800), in Campania (+2.800), in Puglia (+1.100) e in Calabria (+900).

Nella Tavola 2.4.1 è riportata la distribuzione dei neonati sani per Regione e tipo di istituto (pubblico e privato). L'85,4% dei neonati sani è ospitato in strutture pubbliche e il 14,6% in quelle private; la degenza media, in lieve diminuzione rispetto allo scorso anno, si attesta su 3,4 giorni nelle strutture pubbliche e 3,5 nelle private.

È da richiamare il fatto che il DRG 391 è attribuito anche ai casi in cui si riscontrano condizioni patologiche di lieve entità; la definizione di neonato sano è dunque relativa a tale logica di classificazione.

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

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

3. INDICATORI DI COMPLESSITÀ

L'indice di case mix (ICM) esprime la complessità della casistica trattata; esso standardizza l'attività di una data unità produttiva per un indice tipo, costituito dalla degenza media DRG specifica di uno standard: in sintesi, valori dell'ICM superiori ad 1 indicano una complessità della casistica superiore alla media dello standard di riferimento (Italia).

I valori più elevati si registrano in Friuli Venezia Giulia (1,14) e in Toscana (1,13); quasi tutte le Regioni centrali e meridionali fanno registrare un indice inferiore all'unità [Tavola 3.1].

Un andamento analogo è mostrato dal peso medio che registra un valore medio nazionale pari a 1,22.

Il rapporto tra casi complicati e totale dei casi afferenti a "famiglie" di DRG omologhi (che presentano cioè DRG per casi con e senza complicazioni e/o comorbidità) è pari a 26,9% (in aumento rispetto al 25,9% dell'anno 2002), con valori massimi in Valle d'Aosta (40,2%), P.A. di Trento (33,2%), Friuli Venezia Giulia (32,2) e Liguria (35,6%) e minimi in Campania (21,5%).

Nella Tavola 3.2 è riportata la distribuzione regionale del peso medio dei ricoveri negli anziani (65 anni e oltre) sia in regime ordinario sia in Day Hospital. Analizzando in questa sede solo i ricoveri per acuti in regime ordinario, si osserva un peso medio nazionale pari ad 1,46, maggiore di circa il 20% rispetto a quello dell'intera popolazione dei ricoveri ordinari; la crescita si riscontra in tutte le Regioni: nel dettaglio, i valori massimi (1,62) sono in Piemonte, Lombardia e Toscana (1,60) mentre i valori minimi, seppure incrementati rispetto al 2002, si osservano in Calabria e Sardegna (1,24).

4. INDICATORI DI EFFICIENZA

L'indice comparativo di performance (ICP) esprime l'efficienza operativa, valutata attraverso la degenza media, standardizzata per il case-mix (rispetto a specifici valori di riferimento ottenuti considerando l'intera casistica nazionale). In sintesi, un valore di ICP minore di 1, indica un'efficienza operativa superiore rispetto al valore di riferimento mentre un valore di ICP maggiore di 1, indica un'efficienza operativa inferiore rispetto al riferimento. I valori più bassi di ICP si registrano in Sicilia (0,92), Campania ed Umbria (0,93); quelli più elevati, in Piemonte, Valle d'Aosta (1,07), in Veneto (1,08), Lazio e Molise (1,10) [Tavola 4.1].

La degenza media nazionale per i ricoveri per acuti in regime ordinario è stabile ed è pari a 6,7 giorni, con un minimo di 5,4 giorni in Campania e un massimo di 8,8 in Valle d'Aosta. La degenza media pre-operatoria, in lieve riduzione rispetto agli anni precedenti, è pari a 2,1 giorni a livello nazionale; le

durate inferiori si osservano nella P.A. di Bolzano e Friuli V.G. (1,5); quelle maggiori in Liguria (3,0), in Basilicata (2,9) e nel Lazio (2,8).

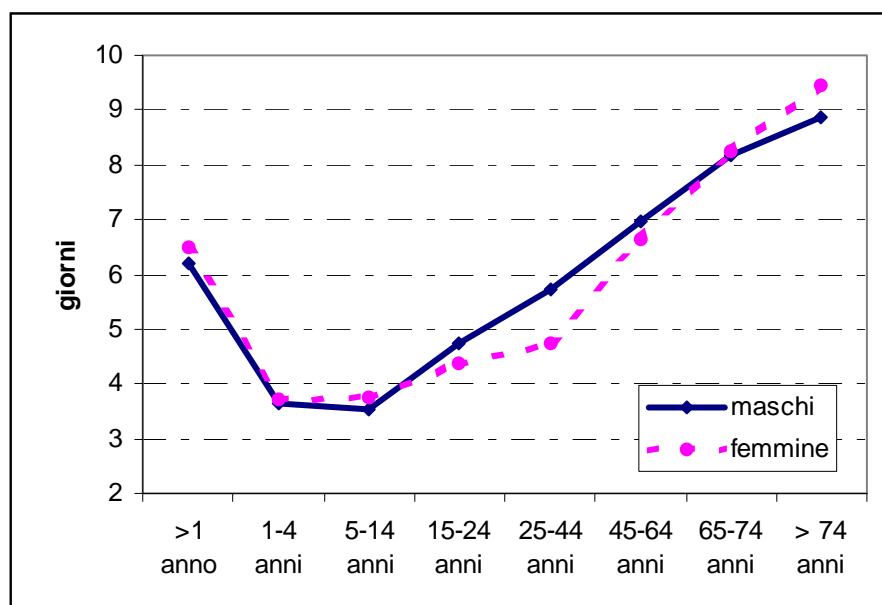
La degenza media per i ricoveri per acuti in regime ordinario mostra risultati diversi tra gli istituti pubblici (6,9 giorni) e quelli privati (5,6) [Tavola 4.2].

La degenza media registrata nei ricoveri ordinari di riabilitazione rimane sempre più elevata negli istituti privati (27 giorni) rispetto a quelli pubblici (25,7 giorni).

In lungodegenza la degenza media è stabile nelle strutture pubbliche (circa 28 giorni) e in lieve diminuzione nelle strutture private (circa 38 giorni). La distribuzione regionale delle degenze medie per queste due tipologie di assistenza ospedaliera mostra un'evidente variabilità.

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

Degenza media nelle discipline per acuti, per età e sesso



5. INDICATORI DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA

Dai dati presenti sulla scheda di dimissione possono essere ottenuti alcuni indicatori di efficacia e di appropriatezza delle cure utili a valutazioni generali sia in ambito programmatico che come sentinella per più approfondite analisi di qualità [Tavole 5]. In questo rapporto, sono stati considerati solo gli indicatori più robusti dal punto di vista metodologico e dell'affidabilità dei dati di base; come nei precedenti rapporti

sono riportati degli indicatori che analizzano la frequenza del ricorso ad alcuni interventi chirurgici e alle cure per alcune diagnosi di particolare interesse in quanto oggetto di valutazioni di appropriatezza (generica o specifica). Ed inoltre facendo seguito alle indicazioni contenute nel DPCM 29 novembre 2001 di “definizione dei livelli essenziali di assistenza” sono monitorati i principali dati riguardanti i 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in modalità di degenza ordinaria.

La percentuale di parti cesarei rispetto al totale dei parti è pari a 36,7% a livello nazionale, ancora in aumento rispetto agli anni precedenti (nel 2002: 35,8%); l'intervallo di variazione è compreso tra il 20% della P.A. di Bolzano ed il 58,2% della Campania. Aumenti consistenti si registrano anche in Umbria, Molise, Sicilia e Sardegna; riduzioni sono evidenti solo in Valle D'Aosta, nelle P.A. di Trento e Bolzano e in Emilia Romagna.

L'indicatore "dimessi con DRG medico da reparti chirurgici" esamina la proporzione di casi dimessi da reparti chirurgici non sottoposti ad intervento e rappresenta un indicatore *proxy* dell'inappropriato ricorso al ricovero in ambiente specialistico. Si evidenzia una riduzione negli anni ma ancora una elevata variabilità a livello territoriale. Il valore più basso (maggiore appropriatezza) si registra in Friuli Venezia Giulia (29,7%), quello più elevato (maggiore inappropriatezza) in Calabria (50,2%). In generale tutte le regioni meridionali presentano valori elevati e solo lievemente più bassi rispetto all'anno 2002.

Sono presentati alcuni tassi di ospedalizzazione per specifiche condizioni morbose, scelte tra le più diffuse e tra quelle per le quali l'ospedalizzazione può essere considerata *proxy* di inefficacia del livello di assistenza primaria.

Il tasso di ospedalizzazione per diabete si riduce rispetto all'anno 2002 ed è pari a 114,7 per 100.000 abitanti; il valore più elevato, anche se in diminuzione negli anni, rimane quello della Regione Sicilia (190,4).

In riduzione anche il tasso di ospedalizzazione per asma che è pari a 44,7 per 100.000 abitanti, con i valori massimi che si registrano in Sicilia e Sardegna (60 per 100.000).

Viene riportato anche l'indicatore riguardante il tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco, per il quale si registra una notevole variabilità territoriale ed un incremento negli anni piuttosto costante e rilevante; il valore medio nazionale è pari a 314 per 100.000 abitanti (309 per 100.000 nel 2002), con i massimi in Molise (521) e in Friuli Venezia Giulia (492) ed i minimi in Sardegna (223) e in Piemonte (228).

Un'ulteriore tabella [Tavola 5.2] mostra altri indicatori di appropriatezza, espressi come tassi di ospedalizzazione per specifiche condizioni chirurgiche, selezionate tra quelle più frequenti (prostatectomia TURP, appendicectomia, tonsillectomia, isterectomia).

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

Il ricorso al ricovero per appendicectomia, isterectomia e tonsillectomia registra una riduzione rispetto all'anno 2002. Il tasso di appendicectomia è stato pari nel 2003 a 108 per 100.000 abitanti e risulta in diminuzione già da diversi anni. Sussiste ancora una discreta variabilità territoriale, con valori più che doppi in Valle D'Aosta (201 per 100.000) e nelle Province autonome di Trento e di Bolzano (190) rispetto alla Regione Friuli V.G. (72) e alla Basilicata (75).

Anche la tonsillectomia è un intervento chirurgico in diminuzione negli ultimi anni, anche sicuramente per effetto di indicazioni nazionali e regionali appositamente predisposte. Il tasso di ospedalizzazione è passato da 154,8 per 100.000 abitanti del 2002 a 135 nel 2003. Come per l'appendicectomia anche per la tonsillectomia risulta una consistente variabilità regionale: in Piemonte, P.A. di Bolzano, Veneto i tassi superano il 170 per 100.000 mentre in Puglia, Basilicata e Calabria non si raggiunge l'80 per 100.000.

Il tasso di ospedalizzazione per isterectomia evidenzia una decisa riduzione rispetto allo scorso anno. Il valore era stato in lieve aumento nel 2002 ed è pari nel 2003 a 382 per 100.000 donne di età superiore a 45 anni; i valori maggiori si registrano in Lombardia, nella PA di Trento, in Umbria e in Sardegna; valori inferiori alla media si riscontrano in molte Regioni del centro-sud, in Liguria, in Valle d'Aosta ed Emilia Romagna.

La prostatectomia transuretrale (TURP) offre un esempio di un indicatore di appropriatezza clinica di segno opposto alla percentuale dei tagli cesarei: una ridotta frequenza potrebbe indicare un sotto-utilizzo di una prestazione di provata efficacia. La distribuzione dell'indicatore, pur risultando alquanto disomogenea, suddivide l'area settentrionale (con valori massimi in Veneto, Lombardia, P.A. Bolzano) da quella meridionale (valori minimi in Calabria, Basilicata e Campania). Valori elevati si registrano anche nel Lazio.

Dall'analisi dei dati riguardanti i 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in modalità ordinaria [Tavola 5.3] si riporta di seguito l'elenco dei 10 DRG sui quali si sono registrati i maggiori "trasferimenti" da modalità ordinaria a Day Hospital.

<i>DRG</i>	<i>2002</i>		<i>2003</i>	
	<i>Ricoveri</i>	<i>% in d.h.</i>	<i>Ricoveri</i>	<i>% in d.h.</i>
162 Interventi per ernia inguinale e femorale età > 17 anni senza CC	153.277	31.4	152.862	42.7
222 Interventi sul ginocchio senza CC	150.404	26.0	153.266	35.5
119 Legatura e stripping di vene	112.063	40.5	111.458	52.0
364 Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	108.171	55.3	105.185	63.3
301 Malattie endocrine senza CC	94.956	69.0	93.488	73.8
006 Decompressione del tunnel carpale	88.828	73.5	84.213	80.9
270 Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	77.966	66.3	76.801	72.7
055 Miscellanea di interventi su orecchio,naso,bocca e gola	72.923	19.7	72.471	27.2
158 Interventi su ano e stoma, senza CC	68.694	22.3	69.376	30.1
267 Interventi perianali e pilonidali	27.138	36.7	26.473	48.1

Purtroppo dall'analisi del prospetto emergono anche significativi incrementi nel numero complessivo dei ricoveri per alcuni DRG (es. interventi sul ginocchio senza CC).

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

Per il primo indicatore il dato nazionale, ancora in aumento, è pari al 74% (nel 2002 era al 62%); l'incremento si osserva in tutte le Regioni italiane. I valori più elevati si riscontrano in Valle D'Aosta (99,3%), Emilia Romagna (95,6%) e Umbria (97,1%) e quelli minimi in alcune Regioni del sud, in particolare in Molise (22,5%), Calabria (32,7%) e Sardegna (27,7%).

Il secondo indicatore, relativo agli interventi di legatura e stripping di vene, mostra un valore nazionale pari a 52% (nel 2002 era al 40%), con valori massimi in Veneto (84%), Umbria (88%) e minimi in Puglia (13,5%), Sardegna (23%) e Lombardia (25,8%). Anche per questo indicatore la crescita è evidente in tutte le regioni, ma persiste una notevole variabilità territoriale.

Nel presente rapporto sull'attività ospedaliera viene introdotta, per la prima volta, l'analisi dei ricoveri ripetuti nell'anno in regime ordinario per ciascuna disciplina di ricovero. Nella Tavola 5.4 sono riportati il numero dei ricoveri ripetuti, il totale dei dimessi, la percentuale di ricoveri ripetuti e il numero medio degli stessi, sia in modo sintetico con un riepilogo nazionale sia in modo analitico per ciascuna Regione.

Il valore nazionale della percentuale di ricoveri ripetuti è pari a 21,4% e il numero medio di ricoveri ripetuti nella stessa disciplina e nella stessa Regione è 2,4. Relativamente alle discipline di ricovero si osservano percentuali di ricoveri ripetuti superiori al 50% in ambito oncologico ed ematologico.

Nelle tavole 5.6-5.8 è riportata la distribuzione del numero dei dimessi per modalità di dimissione in regime ordinario e tipo di attività (acuti, riabilitazione, lungodegenza). Il 2,47% dei pazienti risulta deceduto in ospedale nelle discipline per acuti; tale percentuale è significativamente più alta nelle Regioni del centro-nord e minima nelle Regioni meridionali e soprattutto in Sicilia. La corrispondente percentuale nelle discipline di riabilitazione è pari all'1,0% e, ad eccezione della regione Lazio, risulta omogenea a livello territoriale. Per la lungodegenza il valore nazionale è pari al 18,5% e riflette una elevatissima eterogeneità territoriale a conferma della variabilità della casistica trattata in ambito ospedaliero.

6. *INDICATORI DI DOMANDA E MOBILITA'*

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

- Tassi di ospedalizzazione per Regione di provenienza, tipo di attività ospedaliera, regime di ricovero e sesso [Tavola 6.1]. I dati confermano la tendenza, egualmente distribuita tra i due sessi, alla riduzione, nelle discipline per acuti, del ricovero ordinario (circa 8 per 1.000 in meno rispetto all'anno precedente) ed all'aumento di quello in Day Hospital (4,5 per 1.000 in più). Il dato registrato a livello nazionale è, per il regime ordinario, pari a 146,04 per 1.000 abitanti e per il Day Hospital a 62. Per le discipline di riabilitazione e lungodegenza l'incremento dei ricoveri è molto più contenuto ed equamente distribuito tra i sessi.
- Tassi di ospedalizzazione per Regione standardizzati, riferiti al solo ricovero per acuti in regime ordinario [Tavola 6.2]. La procedura di standardizzazione, ottenuta con il metodo diretto utilizzando come riferimento la popolazione italiana nell'anno considerato, consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età presente nelle diverse Regioni e di ottenere così un confronto più accurato. Rispetto al valore medio nazionale (146,1 per 1.000), valori elevati si registrano in quasi tutte le Regioni centro meridionali, valori più bassi si osservano in Piemonte, Friuli V.G. e Toscana.

- Tassi di ospedalizzazione per acuti distinti per i ricoveri entro e fuori Regione [Tavola 6.3]. Si conferma anche nell'anno 2003 che la riduzione del tasso di ospedalizzazione in regime ordinario interessa solo i ricoveri entro Regione, mentre quelli fuori Regione restano sostanzialmente immutati rispetto agli anni precedenti (10,4 per 1.000); lo stesso per il Day Hospital dove l'aumento avviene prevalentemente per i ricoveri entro Regione.
- Tassi di ospedalizzazione per fasce d'età; la riduzione dei ricoveri ordinari nelle discipline per acuti e l'aumento dei Day Hospital si verificano, anche se in misura diseguale, in tutte le fasce d'età [Tavola 6.4]; il ricorso al ricovero ospedaliero, dopo i 5 anni di età, aumenta al crescere dell'età sia nella modalità ordinaria che in day hospital in tutte le tipologie di attività.
- Tassi di ospedalizzazione nelle Regioni per fasce d'età, sesso e tipologia di attività, che forniscono un ulteriore livello di dettaglio, utile al confronto tra aree geografiche con diversa composizione della popolazione [Tavole 6.5-6.12]; il ricorso al ricovero è sempre maggiore nel sesso maschile, ad eccezione delle classi di età corrispondenti all'età fertile delle donne.
- Tassi di ospedalizzazione nella popolazione anziana (65 anni ed oltre) per alcune tipologie di interventi chirurgici o procedure diagnostico-terapeutiche, particolarmente frequenti in questo sottogruppo di popolazione [Tavola 6.13]: intervento per cataratta: tasso medio 3.404 per 100.000 anziani (nel 2002: 3.712), intervento di sostituzione dell'anca: tasso medio 546 (nel 2002: 552), intervento di by pass coronarico: tasso medio 152 (nel 2002: 162), angioplastica coronarica: 258 (nel 2002: 232). La variabilità geografica è evidente in tutti gli interventi considerati; in generale è riscontrabile la presenza di valori più elevati per gli interventi di sostituzione dell'anca e di angioplastica coronarica nelle Regioni settentrionali.
- Mobilità ospedaliera tra Regioni⁵ [Tavole 6.14-6.19]. Vengono presentate le matrici di mobilità ospedaliera fra Regioni espressa in numerosità dei casi. I totali di colonna esprimono il numero di pazienti, residenti in una data Regione, che sono stati ricoverati in istituti di cura di altre Regioni; le singole celle della matrice riportano il numero di pazienti, residenti nella Regione descritta all'inizio della colonna, che sono stati ricoverati in istituti di cura della Regione descritta all'inizio della corrispondente riga. La tabella, che a differenza di quelle precedenti è elaborata solo per le strutture pubbliche e private accreditate, esprime sia la numerosità totale per Regione dei pazienti curati in istituti di cura esterni alla Regione stessa, sia la destinazione per singola Regione di tali pazienti. È riportato, inoltre, il numero dei ricoveri effettuati negli istituti di cura della Regione, con l'evidenziazione sia del numero di casi provenienti da Regioni diverse da quella di residenza, sia del numero di casi provenienti dall'estero, sia del numero di casi per i quali, a causa della incompletezza della compilazione delle corrispondenti SDO, non è stato possibile definire la provenienza. Le matrici di mobilità ospedaliera fra Regioni sono distinte relativamente ai ricoveri ordinari acuti, ricoveri diurni acuti, ricoveri ordinari di riabilitazione, ricoveri diurni di riabilitazione, ricoveri di lungodegenza. In sintesi, la quota di casi trattati in istituti di cura esterni rispetto alla Regione di

⁵ A partire dal rapporto 1999, la nuova modalità di controllo del campo "Provenienza del paziente" già avviata nell'anno 1998, è stata estesa anche ai pazienti con provenienza da Stati esteri; inoltre, a partire dal 2001 per Regione di appartenenza si intende non più quella di iscrizione ma la Regione di residenza dei pazienti.

residenza risulta sostanzialmente stabile negli anni; nei reparti di assistenza per acuti la percentuale di ricoveri fuori regione è pari al 7,9% per il regime di ricovero ordinario e 6,6% per il regime di ricovero diurno, mentre sale al 16,7% dei casi ordinari dimessi dai reparti e/o dagli istituti di riabilitazione.

- Nel presente rapporto viene considerata per la prima volta l'assistenza ospedaliera erogata a favore di cittadini stranieri. Risultano 398.300 i dimessi con cittadinanza straniera che hanno subito un ricovero nelle strutture pubbliche e private (3,2% del totale). Il 76% dei ricoveri avviene in modalità ordinaria, il restante 24% in Day Hospital. Nelle Tavole 6.20-6.21 è riportato il continente di provenienza dei dimessi.
- Le Tavole 6.22 e 6.23 descrivono i dimessi con diagnosi principale relativa a traumatismo e intossicazione (codici ICD9CM di diagnosi compresi nelle categorie 800-999) per tipologia di traumatismo. In regime ordinario, risultano oltre 72.000 i dimessi per incidente stradale e circa 55.000 i dimessi per incidente domestico; tali valori tuttavia sono fortemente sottostimati a causa della mancata segnalazione della tipologia del trauma nelle SDO (quasi il 45%).

7. *INDICATORI ECONOMICI*

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.

La più recente indicazione normativa nazionale in tema di tariffe risale al Decreto ministeriale 30 giugno 1997 conseguentemente al quale ciascuna Regione ha adottato propri valori tariffari, modulandone l'entità sia individuando classi differenziate di erogatori, sia stabilendo tetti di spesa ed abbattimenti tariffari. Sono state, altresì, previste da parte delle Regioni modalità integrative di remunerazione per alcuni programmi e tipologie di attività non tariffabili a prestazione.

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

I dati presentati sono i seguenti:

- ✓ Valorizzazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime ordinario, secondo le tariffe nazionali [Tavola 7.1]. La tabella presenta la remunerazione teorica per fasce d'età quinquennali e sesso, relativamente al ricovero per acuti in regime ordinario. È riportato sia il valore teorico complessivo sia quello medio per singolo ricovero e per ciascun dimesso, secondo le diverse fasce d'età.

La valorizzazione teorica complessiva è maggiore per i ricoveri dei maschi rispetto a quelli delle femmine; tuttavia, tale parametro cambia nelle diverse fasce d'età: fino ai 20 anni è maggiore per

i maschi, da 20 a 44 lo è per le femmine, da 45 a 74 prevale nettamente la remunerazione per i ricoveri dei maschi, da 75 anni in poi quella dei ricoveri delle femmine. La remunerazione media a prestazione per il regime ordinario è di 2.761 € per le femmine e di 3.126 € per i maschi.

- ✓ Valorizzazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in DH, secondo le tariffe nazionali [Tavola 7.2]. La tabella presenta la remunerazione teorica per fasce d'età quinquennali e sesso, relativamente al ricovero per acuti in regime di Day Hospital. Anche nel ricovero diurno la remunerazione teorica è maggiore nei maschi fino al 20° anno di età, poi è più elevata nel sesso femminile nelle classi di età adulte e comunque sino ai 60 anni. Se invece si considera la remunerazione media a prestazione, il sesso femminile ha sempre valori più bassi
- ✓ Grafico relativo all'impatto economico teorico nelle singole classi di età, per sesso, limitatamente ai ricoveri per acuti in regime ordinario [Tavola 7.3].
- ✓ Valorizzazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per DRG, secondo le tariffe nazionali [Tavole 7.4 e 7.5]. Le due tabelle presentano la remunerazione teorica per i DRG più frequenti (in termini di dimessi) e per quelli con maggiore ammontare complessivo della remunerazione stessa. Dal confronto tra le tabelle, si nota che alcuni DRG seppure meno frequenti come causa di ricovero hanno un impatto rilevante sulla remunerazione teorica. Ad esempio il DRG 209 (cui afferiscono interventi ortopedici maggiori tra i quali quelli sulle articolazioni dell'anca e del ginocchio) rappresenta la classe a maggiore impatto economico teorico, pur essendo solo 9° in termini di numero di ricoveri. Lo stesso può dirsi per il DRG 112 (interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea) che pur costituendo una voce di elevato impatto in termini remunerativi è solo 12° nell'elenco dei DRG più frequenti.

Al contrario il DRG 183 (esofagite, gastroenterite e miscellanea app. digerente età >17 anni senza CC) pur avendo una elevata frequenza in termini di dimissioni, risulta solo al 24° posto in termini di impatto remunerativo.

8. 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 tabella "Indicatori per il controllo per regione" [Tavola 8.1] vengono presentati i dati relativi ai casi di trasferimento ad altro istituto di cura, in totale ed entro i primi due giorni di ricovero, le percentuali di casi definiti complicati; di casi con DRG 469 (Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione) e 470 (Non attribuibile ad altro DRG) e dei DRG atipici, quali il 468 (Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale), 476 (Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale), 477 (Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale); il rapporto tra numero di neonati sani (DRG 391), sul totale dei neonati rilevati. Rispetto agli anni

precedenti, resta sostanzialmente stabile la percentuale dei trasferiti (1,5%); aumenta la quota di neonati definiti sani (72,4%).

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

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

E' evidente che, qualora si riportino delle diagnosi secondarie che non trovino riscontro nelle condizioni cliniche del paziente, come sono documentate dalla cartella clinica, si determinerebbe una classificazione non corretta dei casi trattati e una conseguente remunerazione non appropriata. La distribuzione degli istituti di cura sulla base del rapporto fra il numero dei casi attribuiti ai DRG "complicati" e il numero totale di casi attribuiti ai DRG che possono variare in funzione delle diagnosi secondarie, evidenzia un valore medio di tale rapporto, sull'insieme degli istituti di ricovero, pari al 25,7, stabile rispetto allo scorso anno. Il 90% degli istituti presenta una proporzione di casi "complicati" inferiore al 43% (nell'anno precedente, il valore era pari al 38%). Questo valore può essere orientativamente assunto come soglia al di sopra della quale attivare procedure di controllo della compilazione delle SDO attraverso il confronto con le rispettive cartelle cliniche.

Viene inoltre esaminata la distribuzione di frequenza degli istituti di cura rispetto alla media ponderata delle differenze fra degenze medie specifiche per DRG osservate e valori di riferimento nazionali. Per ciascun istituto di cura è stata calcolata la media ponderata degli scostamenti fra le durate di degenza specifiche per DRG osservate nel corso del 2003 e le corrispondenti degenze medie calcolate sul complesso degli istituti stessi; quanto più tale valore si discosta da zero, tanto più si differenzia la performance del singolo istituto di cura rispetto ai valori di riferimento nazionali. In particolare, valori negativi di tale indicatore denotano una performance migliore rispetto alla media nazionale; tuttavia, valori negativi particolarmente elevati possono indicare dimissioni intempestive dei pazienti e conseguenti rischi sulla qualità dell'assistenza fornita, oppure una non corretta classificazione dei casi con attribuzione a DRG di maggiore complessità, e quindi con valori di durata della degenza attesa superiori rispetto a quelli effettivamente rilevati. Il 90% degli istituti presenta un valore di tale indicatore superiore a - 1,40 giorni; questo valore può essere orientativamente assunto come soglia "negativa" della riduzione della degenza media al fine di individuare gli istituti di cura nei confronti dei quali attivare specifiche procedure di controllo delle modalità di gestione dei ricoveri, in quanto presentano durate di degenza molto più basse rispetto alla durata attesa.