

ERA

Epidemiologia e Ricerca Applicata

Atlante 2009

Ospedalizzazione evitabile per genere e unità sanitaria territoriale

www.atlantesanitario.it

ERA - Epidemiologia e Ricerca Applicata

Atlante 2009

Ospedalizzazione evitabile per genere e unità sanitaria territoriale

Gruppo di lavoro

Direzione strategica

Natalia Buzzi [1], Giuseppe Cananzi [2, 3], Susanna Conti [4], Roberta Crialesi [5], Lucia Lispi [6], Augusto Panà [3]

Coordinamento e redazione

Natalia Buzzi [1], Giuseppe Cananzi [2, 3]

Supervisione scientifica

Augusto Panà [3]

Staff di ricerca

Iolanda Mozzetta [1], Silvia Sementilli [1]

Contributi specialistici

Alessandra Burgio [5], Massimo Maurici [3], Elio Tondo [1], Luisa Frova [5], Monica Vichi [4], Giulia Maffioli [6], Silvia Bruzzone [5], Monica Pace [5]

[1] *Nebo Ricerche PA*
[2] *RGS IGOP, Uff. XVI – Ministero dell'Economia e delle Finanze*
[3] *Cattedra di Igiene – Università di Roma Tor Vergata*
[4] *Ufficio di Statistica – ISS Istituto Superiore di Sanità*
[5] *Servizio Sanità e Assistenza – Istat Istituto Nazionale di Statistica*
[6] *DG Programmazione sanitaria, Uff. X – Ministero della Salute*

Il volume, la base dati degli indicatori, le mappe epidemiologiche, i cruscotti di benchmark, i riferimenti bibliografici e altri materiali correlati sono disponibili sul sito Internet www.atlantesanitario.it; si autorizza la diffusione e la riproduzione a fini non commerciali dei prodotti di Ricerca sopra menzionati a condizione che ne sia citata la fonte.

Enrico Garaci
Presidente Istituto Superiore di Sanità

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS), Ente Pubblico di Ricerca ed organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario, ha nella sua missione lo svolgimento di attività scientifiche volte ad approfondire e far progredire la conoscenza dello stato di salute della popolazione, allo scopo di migliorarlo.

In tale ambito, l'ISS ha da tempo, attraverso il suo Ufficio di Statistica, avviato un progetto di proficua collaborazione interdisciplinare ed interistituzionale tra vari soggetti (Università di Tor Vergata, Istat, Ministero della Salute, Nebo Ricerche PA) che va sotto il nome di ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata) e che si propone come sistema che sviluppa strumenti conoscitivi basati su dati sanitari correnti certificati, analizzati con metodi statistici rigorosi, finalizzati alla elaborazione di indicatori sintetici, presentati e commentati in modo da essere fruibili da parte di chi - ai vari livelli - sia chiamato a prendere decisioni riguardanti la Sanità Pubblica oltre ad essere un utile spunto per ulteriori approfondimenti da parte di studiosi di epidemiologia.

Il filone di studio ERA ha dato luogo, negli anni, alla produzione di importanti strumenti conoscitivi in ambito di Sanità Pubblica.

*I primi due Atlanti ERA (2006 e 2007) sono stati dedicati alla Mortalità Evitabile, che rappresenta la punta dell'*iceberg *della situazione dello stato di salute delle popolazioni e delle strutture sanitarie.*

A partire dall'Atlante ERA 2008 si è passati ad analizzare un nuovo "universo" di informazioni sanitarie, costituito dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Una caratterizzazione forte di ERA, che lo rende uno strumento a disposizione dei livelli decisionali locali, oltre che nazionali, consiste nell'articolarsi delle sue analisi a livello territoriale fine.

Gli Atlanti, infatti, presentano in modo piano e agevolmente fruibile un confronto tra le varie aree del Paese per contribuire a comprendere su basi scientificamente fondate, dove si osservano le situazioni di accentuata positività o criticità, su cui concentrare l'attenzione sia dal punto di vista dello stato di salute che degli aspetti organizzativi.

Alla luce dell'esperienza legata alle diverse edizioni di ERA, in questo Atlante (ERA 2009) si sono trasferiti nel campo della ospedalizzazione gli strumenti metodologici messi a punto per lo studio della mortalità evitabile*; in particolare, è di grande interesse l'analisi delle attività riconosciute come efficaci nel ridurre i decessi per cause contrastabili con interventi di sanità pubblica che, secondo modalità analoghe, potessero risultare interessanti anche per individuare* ricoveri potenzialmente prevenibili.

Nell'ambito dell'attività scientifica in Sanità Pubblica, è da sottolineare l'attenzione di ERA verso la prevenzione primaria *quale strumento teso a circoscrivere o comunque contrastare il rischio di insorgenza di specifiche patologie e, conseguentemente ridurre non solo i casi di decesso ma anche il ricorso ai servizi sanitari e in particolare all'ospedalizzazione.*

Anche i contenuti di questo volume, come dei precedenti, sono trasferiti in un apposito sito, commissionato dall'ISS, consultabile liberamente, dove vi sono centinaia di indicatori, mappe, rappresentazioni iconografiche ben comprensibili, che consente ai decisori, agli operatori del Servizio Sanitario Nazionale, agli studiosi ed anche alle cittadine ed ai cittadini di avere una panoramica di importanti fenomeni attinenti alla salute, quali la mortalità ed i ricoveri.

L'ISS riconosce un valore molto positivo al filone di attività ERA in generale e in particolare alla cifra che caratterizza questo volume, la descrizione a livello nazionale e territoriale della ospedalizzazione evitabile*, che possa fornire agli organi di governo nazionale e locale della Sanità un utile strumento conoscitivo di supporto a politiche per contrastare non solo le morti, ma anche i ricoveri "evitabili".*

Filippo Palumbo
Capo Dipartimento Qualità
Ministero della Salute

Parlare di Ricoveri evitabili *è un binomio affascinante oltre che una esigenza dovuta. Richiama da un lato una riduzione di attività sanitaria spesso costosa e una conseguente migliore allocazione delle risorse, ma dall'altro lato anche minor sofferenza per il paziente e minor tempo passato fra le mura ospedaliere. La ricerca, cofinanziata dal Ministero della salute attraverso il SiVeAS e l'Istituto Superiore di Sanità, pone l'attenzione non solo sull'ospedale, ma anche su ciò che avviene "fuori" dall'ospedale, e questo fa riflettere. L'inappropriatezza ospedaliera non deve necessariamente evocare ospedali che funzionano male, perché la letteratura scientifica è molto chiara su questo punto: all'ospedale si va in parte anche per motivi contrastabili efficacemente in sede preospedaliera con un miglior controllo degli episodi acuti e una più attenta gestione delle cronicità, oltre che con una più diffusa attività preventiva come quella vaccinale. L'ospedalizzazione prevenibile trova il suo cuore al di fuori dell'ospedale, perché la riduzione degli incidenti, i miglioramenti degli stili di vita, una alimentazione equilibrata e così via sono tutti investimenti che non pagano subito, ma pagano tanto, sia in termini di qualità della vita individuale che in termini di costi collettivi del sistema sanitario.*

Quello che in sintesi il Rapporto richiama è un sistema sanitario più coeso e più responsabile, con maggiore circolazione delle informazioni e uno sforzo corale di segnali di attenzione e segnali di risposta delle diverse parti che compongono il servizio sanitario nazionale, l'ospedale sicuramente, ma anche il medico di base, la medicina specialistica, le strutture di riabilitazione, i servizi di assistenza agli anziani ecc..

Il gruppo di lavoro di ERA è tradizionalmente multi-istituzionale e multi-disciplinare, perché raccoglie, oltre ad esperti del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità, anche il contributo di autorevoli ricercatori dell'Istat, del mondo universitario e della ricerca privata. Alla richiesta di indagare l'evitabilità ospedaliera questo gruppo di lavoro ha risposto realizzando un Rapporto molto innovativo, che coniuga rigore scientifico, trasparenza metodologica e fruibilità non tanto o non solo da parte del mondo della ricerca, ma soprattutto del mondo dove vengono prese le decisioni di assistenza, dai livelli centrali sino alle scelte del singolo operatore nel corso della sua quotidiana attività.

Anche il particolare taglio utilizzato, i carichi di ospedalizzazione per abitante come base per la costruzione dei diversi indicatori è sostanzialmente innovativo: deve farci tutti riflettere l'evidenza che 15 milioni di italiani delle regioni centro meridionali hanno un rischio di passare un "giorno generico" in ospedale di quasi il 40% più alto di altri 15 milioni centro-settentrionali, così come deve farci riflettere la considerazione che sono davvero milioni e milioni le giornate - e i disagi - che potrebbero essere quantomeno ridimensionate/i attivando maggiori sinergie ospedale-territorio.

Questa, in definitiva, la sfida che lancia il Rapporto, a noi in primo luogo, ma anche ai diversi livelli e articolazioni del Servizio sanitario nazionale l'onere e anche l'onore di dare, con uno sforzo congiunto, una risposta adeguata nei prossimi anni, arco temporale ragionevole per ottenere risultati apprezzabili e duraturi.

Augusto Panà
Ordinario di Igiene
Dipartimento di Sanità Pubblica
Università di Roma Tor Vergata

È con estrema soddisfazione che concorro a presentare insieme al gruppo di lavoro, ormai collaudato da numerose esperienze di grande significato scientifico e di particolari caratteristiche di chiarezza espositiva, il nuovo Atlante ERA 2009, dedicato alle ospedalizzazioni evitabili.

Questa nuova fatica costituisce il naturale seguito di un percorso che ERA si è proposto per sviluppare strumenti conoscitivi e di indagine che, basati su dati sanitari correnti, li rende fruibili mediante la elaborazione di numerosi indicatori. L'utilizzo della base conoscitiva messa a punto nella ricerca, oltre a fornire importanti indicazioni epidemiologiche, dà ai gestori sanitari la possibilità di fare confronti e prendere decisioni di Sanità Pubblica all'interno di numerosi contesti che raggiungono, caratteristica particolare e specifica di ERA, anche i livelli periferici delle singole aziende sanitarie.

Dopo i due Atlanti 2006 e 2007 dedicati alla Mortalità evitabile, cui ci si ripropone di ritornare con dati aggiornati nel prossimo futuro, nel 2008 il "sistema ERA" aveva preso in considerazione l'enorme volume di informazioni costituito dalle schede di dimissioni ospedaliere che ha potuto fornire un ampio quadro quantitativo dell'ospedalizzazione italiana che per il 2005 aveva potuto dimostrare tra l'altro che ogni italiano in media trascorre circa un giorno in degenza ordinaria ospedaliera.

In ERA 2008 si era potuto discutere della molteplicità dei fattori che concorrono a creare il rischio di ospedalizzazione non tutti dovuti ad una reale compromissione dello stato di salute ma o a mancanza di attive e reali alternative assistenziali o a vera e propria inappropriatezza delle indicazioni di ricovero.

Era naturale e logico quindi continuare un tipo di analisi che concorresse a meglio individuare i dati e le condizioni che concorrono ad un fenomeno ospedalizzazione a volte inutile, a volte inappropriato.

Utilizzando il medesimo approccio metodologico ormai da anni collaudato, ERA 2009 fornisce informazioni che costituiscono una dimostrazione scientifica del fenomeno dei ricoveri impropri sotto la forma di una inappropriatezza sia prevenibile che potenziale per le quali sono a disposizione le misure sia di prevenzione primaria che di approccio organizzativo che le possa ragionevolmente frenare.

I dati che indicano che tale inappropriatezza incide in misura mediamente di oltre il 10% sulle giornate di ospedalizzazione totale, unitamente a quelli che indicano che gli anziani, su sei giorni di ricovero, ne passano in ospedale uno inutilmente, tra i numerosissimi forniti dall'Atlante, appaiono emblematici della ancora lontana corretta gestione dell'assistenza che si deve estrinsecare sempre di più verso le numerose alternative forme di organizzazione territoriale.

Le mappe della ospedalizzazione potenzialmente inappropriata consentono infatti di ricercare, nei diversi territori, concrete linee di azione per razionalizzare il carico fra assistenza nell'ospedale e assistenza fuori dall'ospedale.

Le implicazioni di ordine epidemiologico, etico, economico e di cultura medica derivanti dall'analisi di ERA 2009, mi auguro possano essere di proficuo stimolo sia per la ricerca scientifica, che può estrinsecarsi sotto moltissime forme nell'utilizzazione sul web dei numerosissimi indicatori messi a disposizione, sia per gli operatori sanitari e i decisori politici la cui azione può essere resa maggiormente concreta da un supporto metodologico che racchiude in sé caratteristiche di grande completezza e di sicura semplicità.

Roberta Crialesi
Dirigente Servizio Sanità e Assistenza
ISTAT

Il progetto ERA, operativo da alcuni anni, ha lo scopo specifico di sviluppare strumenti conoscitivi (indicatori statistici) per approfondire la conoscenza della realtà sanitaria, ai diversi livelli di governo territoriale. Il punto di forza risiede nell'utilizzo intenso di dati sanitari ed epidemiologici della statistica ufficiale, cioè dati affidabili, pertinenti, completi, prodotti attraverso l'adozione di rigorosi principi etico professionali e dei più avanzati standard scientifici.

Per questo l'Istat ha aderito e sostenuto il gruppo di lavoro sin dalla prima edizione quando il progetto si chiamava ancora Prometeo, fino alla sua successiva evoluzione in ERA, Epidemiologia e Ricerca Applicata.

Nel tempo il gruppo di lavoro si è arricchito con il contributo di Istituzioni e di professionalità fino ad assumere l'attuale configurazione, strutturata secondo un modello di collaborazione interdisciplinare ed interistituzionale.

La IV edizione dell'atlante sanitario del progetto ERA, dopo i primi due volumi dedicati alla mortalità evitabile e l'ultimo, l'atlante 2008, sulle dimissioni ospedaliere per genere ed Usl, si configura come la naturale evoluzione del percorso di ricerca del gruppo di lavoro ERA. In tante occasioni abbiamo potuto sottolineare la soddisfazione per la realizzazione di strumenti conoscitivi e decisionali, anche innovativi come in questo caso, che il gruppo di lavoro ERA è andato consolidando ed affinando nel tempo.

C'è un altro aspetto che vorrei sottolineare, ovvero l'importanza di comunicare informazioni in modo chiaro e semplice per raggiungere una platea di utilizzatori sempre più ampia, che possa apprezzare con consapevolezza le analisi e le interpretazioni.

Lo statistico è chiamato a migliorare costantemente l'accessibilità e l'interpretabilità dei dati, due requisiti divenuti fondamentali per la qualità delle statistiche. È compito della statistica ufficiale fornire strumenti di consultazione semplici, flessibili, personalizzabili in base alle esigenze dei più diversi utilizzatori, così da ridurre al minimo i rischi di inesatte interpretazioni che normalmente possono affliggere qualsiasi analisi quantitativa. Questa è anche la strada intrapresa dall'Istat. Le istituzioni pubbliche che producono informazioni statistiche devono necessariamente essere considerate parte importante e decisiva, per quanto neutrale, nel dibattito democratico in quanto contribuiscono a far luce sugli elementi costitutivi e a rendere accessibile la conoscenza e consapevole la partecipazione.

Natalia Buzzi
Direttore Scientifico Nebo Ricerche PA

La trasformazione *su basi scientifiche di grandi quantità di dati grezzi in raffinate informazioni quantitative, l'*ideazione *di modelli di indicatori e la* realizzazione *di cruscotti decisionali che rendano quelle informazioni immediatamente fruibili sono il cuore delle attività di Nebo Ricerche PA, cofondatore del Progetto ERA.*

Nell'ottica della missione aziendale *di Nebo Ricerche PA ciascun evento legato a ERA rappresenta allo stesso tempo un obiettivo raggiunto e un nuovo blocco di partenza dal quale rilanciare una successiva iniziativa, avvalendosi delle precedenti esperienze, raccogliendo nuovi stimoli culturali e scientifici, valutando soluzioni tecniche efficaci ed elaborando prodotti dedicati, originali e innovativi per la diffusione e la comunicazione dei risultati.*

Negli anni l'attività legata a ERA ha consentito di mettere a punto metodologie finalizzate ad analisi, lettura e interpretazione di dati demografici ed epidemiologici: il Gruppo di lavoro del Progetto, espressione multidisciplinare delle principali Istituzioni nazionali in materia, ha formalizzato specifiche modalità di misura della mortalità evitabile, della ospedalizzazione generale e, con la presente edizione, dei ricoveri potenzialmente inappropriati e prevenibili, oltre che delle procedure a rischio di inappropriatezza.

L'approccio metodologico scelto, rigoroso e trasparente, ha portato alla costruzione di un ventaglio di indicatori significativamente ampio, finalizzato a misurare e tentare di comprendere la variabilità dei fenomeni studiati rispetto ad alcune fondamentali direttrici: la sanità di genere, *l'*andamento geografico, *gli* ambiti clinici.

Le tre variabili attorno alle quali si sviluppa il modello ERA certamente non esauriscono quelle necessarie a descrivere esaustivamente il quadro della mortalità e della ospedalizzazione, generale o evitabile che sia, ma rendono tuttavia disponibile un modello tridimensionale che supporta, esaltandole, le potenzialità degli indicatori *adottati, siano essi di carattere* descrittivo *o* indici sentinella.

Ed è proprio l'esigenza di navigare *contemporaneamente sui diversi assi di riferimento ricordati che ha aperto l'ulteriore fronte di attività del ricorso a strumenti di comunicazione quantitativa* on-line *al servizio degli utilizzatori degli Atlanti ERA.*

Sfruttando tecnologie e spazi offerti dal web, *il patrimonio informativo del Progetto è stato trasferito dal tradizionale mezzo cartaceo, inevitabilmente limitante in termini di quantità di informazioni divulgabili, a un applicativo che consente la consultazione e l'acquisizione di tutti gli indicatori elaborati da ERA:* ERA_{web}, *che oggi permette la navigazione fra oltre 2.000 indicatori mediante cartogrammi epidemiologici e cruscotti di benchmark, rappresenta un* obiettivo raggiunto *e una nuova ulteriore* sfida.

La disponibilità, sempre auspicabile, di dati pubblici per l'elaborazione di modelli di indicatori utili a decisori, ricercatori e operatori e la loro diffusione mediante strumenti conoscitivi potenti ma facilmente utilizzabili produce positive sinergie: richiede condivisione *nella definizione delle metodologie adottate, incentiva l'*utilizzo *di conoscenze quantitative ai più diversi livelli, stimola* riflessioni *utili alla discussione e revisione dei modelli stessi in funzione delle reali esigenze degli utenti.*

Come coordinatore del Progetto ERA non posso che auspicare che il lavoro fin qui svolto rappresenti un utile strumento e definisca, ancora una volta, nuove fondamenta per l'evoluzione di questa cassetta degli attrezzi. *È una locuzione, quest'ultima, spesso usata nei nostri Atlanti, che mi fa particolarmente piacere richiamare: l'idea di ERA come* ferro del mestiere, *prodotto* tangibile *a disposizione della* Sanità pubblica *italiana, costituisce per me e per i ricercatori di Nebo Ricerche PA una delle motivazioni più incoraggianti e di maggior soddisfazione.*

Premessa

Il ricovero ospedaliero è uno dei possibili modi in cui avviene l'incontro fra la *domanda sanitaria* espressa dalla popolazione e l'offerta di assistenza. Le SDO, cioè le schede di dimissione ospedaliera, fotografano questo incontro e contengono un'enorme base di conoscenza, con cui è possibile tentare di comprendere i bisogni sanitari (domanda) e le modalità di risposta dei servizi ospedalieri (offerta).
Di questo mondo il precedente Atlante ERA aveva già proposto una propria lettura, richiamando l'attenzione sul fatto che circa 15 milioni di persone, pressoché tutti residenti nelle Usl del centro-sud, presentavano un rischio di passare un giorno in ospedale di quasi il 45% più elevato di ulteriori 18,5 milioni di persone, in toto residenti nelle Unità sanitarie del centro-nord. Poiché sembrava difficile attribuire differenze così marcate al versante di una domanda di salute così strutturalmente divaricata, questa edizione di ERA è finalizzata a cercare nelle modalità della risposta assistenziale ospedaliera, sia in regime ordinario che in day hospital, un ragionevole terreno di approfondimento.
Ma in che direzione? Il termine "evitabile", che per oltre un decennio ha impegnato il gruppo realizzativo di ERA sul fronte della mortalità, ha costituito un primo, naturale, spunto conoscitivo su cui fondare la ricerca: appariva di grande interesse tentare un esame, guidato dalla letteratura scientifica sull'argomento, delle possibilità di intervento per ridurre, ove possibile, alcune quote dei ricoveri ospedalieri. Un secondo spunto, anche questo fortemente radicato nel bagaglio degli strumenti elaborati da ERA, è un approccio di analisi tipicamente condotto avendo a riferimento la popolazione residente e non il luogo di cura. In ospedale va il malato ed è il particolare luogo di cura che ne definisce le caratteristiche di ricovero, naturalmente.
Ma l'analisi che segue ha l'obiettivo di mantenere al centro dell'attenzione delle politiche sanitarie le popolazioni residenti nei diversi territori italiani, che esprimono la loro domanda di assistenza in funzione degli stili di vita e dei livelli di rischio in cui vivono e che costituiscono quindi un riferimento imprescindibile per un corretto dimensionamento dei servizi e delle attività di assistenza.
Come accennato i dati sui ricoveri non sono propriamente dati di stato di salute (cioè riflesso puro e semplice del fronte della domanda) ma neanche meri dati di offerta (cioè unicamente indice del potenziale di risposta dei servizi ospedalieri). L'evento ricovero è piuttosto la risultante di entrambi i versanti e quindi il confronto dell'intensità dell'*assistenza ospedaliera per abitante* permette di delineare due scenari distinti ma complementari:

- quello che mette a fuoco i bisogni sanitari della popolazione, per modulare conseguentemente i relativi livelli di assistenza (non solo ospedalieri);
- oppure quello che mette a fuoco le modalità dell'offerta ospedaliera, data la domanda sanitaria espressa, per tentare di indagarne elementi di appropriatezza nel senso più ampio che si può dare a questo termine.

Appare utile proporre al dibattito delle scelte di politica sanitaria, perciò, non tanto una analisi a scapito dell'altra, ma piuttosto l'evidenza argomentata di una maggiore attenzione/criticità dell'un versante rispetto all'altro in alcuni specifici territori, perché le focalizzazioni, pur convergendo sullo stesso obiettivo - una risposta sanitaria appropriata e correttamente dimensionata alle necessità della domanda - richiedono di volta in volta strumenti di conoscenza molto differenti, che vanno dalla programmazione degli interventi per affrontare una emergenza sanitaria alla predisposizione di piani di rientro dai disavanzi accumulati, per citare due casi estremi rispettivamente orientati dalla domanda e dall'offerta.

L'Atlante che segue vuole essere un contributo per aiutare a comprendere, attraverso un patrimonio conoscitivo vasto ed articolato come quello delle schede di dimissione ospedaliera, alcune priorità e, come consuetudine per la tradizione che rappresenta, un utile e accessibile supporto volto ad agevolare le riflessioni ed eventualmente le decisioni di politica sanitaria dei diversi livelli di governo locale, regionale e nazionale.

Dal punto di vista della pianificazione concettuale dell'Atlante va sottolineato come, nel caso della ospedalizzazione, siano possibili diverse accezioni di "evitabilità", ciascuno caratterizzato da una propria finalità analitica:

- l'ospedalizzazione *inappropriata*, quella che cioè potrebbe essere "evitata" attraverso un migliore uso di altre articolazioni del sistema sanitario pubblico, differenti dall'ospedale in senso stretto, come ad esempio l'assistenza territoriale e quella riabilitativa
- gli *errori ospedalieri*, con riferimento quindi non a possibilità alternative ma ad un più corretto uso dello strumento ospedaliero stesso
- l'*ospedalizzazione prevenibile*, che potrebbe essere ridimensionata contrastando alla radice le cause che danno luogo al ricovero, ad esempio riducendo gli incidenti sulla strada e sul lavoro o migliorando gli stili di vita della popolazione
- ed infine l'*ulteriore ospedalizzazione in eccesso*, cioè quella che – pur non essendo ravvisabile, su base dei parametri offerti dalla letteratura scientifica, nelle tre categorie precedenti – assume comunque intensità che fanno ragionevolmente ipotizzare, su basi epidemiologiche, dinamiche nelle quali è l'offerta a creare la propria domanda piuttosto che rispondere ad essa.

Nel caso della ospedalizzazione evitabile, forse per la vastità dell'argomento e per gli approcci profondamente differenti di ciascuna linea di indagine, è risultato difficile rintracciare in letteratura una sistemazione organica di tutte le diverse accezioni appena citate, come invece è storicamente avvenuto per la mortalità evitabile:

- quasi la totalità degli studi tendono a concentrare specificamente l'analisi sulla appropriatezza del ricovero in relazione a possibili soluzioni assistenziali alternative all'ospedale;
- il tema degli errori ospedalieri occupa una specifica e ampia branca di ricerca e impegno, tuttavia distinta dagli scopi percorribili da uno studio centrato su informazioni desumibili delle SDO analizzate con criteri di *benchmark*;
- non è stato invece possibile rintracciare studi applicativi volti a quantificare l'ospedalizzazione prevenibile o quella in eccesso a partire, di nuovo, da evidenze di confronto territoriale.

L'Atlante che segue cerca quindi di disegnare, a titolo sperimentale e scontando una certa originalità di iniziativa, un quadro composito della "evitabilità" della ospedalizzazione, attraverso quattro diversi tagli conoscitivi:

- l'*ospedalizzazione generale*, utile in termini di inquadramento e che richiama l'attenzione su comportamenti di ricovero che paiono in alcuni casi anche fortemente orientati da esigenze e consuetudini di offerta piuttosto che da palesi differenze negli stati di salute della popolazione; si tratta di una misura grezza, che raccoglie in sé il segnale di tutte le diverse tipologie sopra elencate e sconta conseguentemente come contributo conoscitivo quello di primo segnale di attenzione;
- l'*ospedalizzazione potenzialmente inappropriata*, cioè la sezione della ospedalizzazione generale che può essere identificata e di conseguenza contrastata ponendo sotto osservazione quelle cause di ricovero per le quali la ricerca scientifica valuta generalmente più opportune risposte sanitarie diverse dall'ospedale in senso stretto;

- l'*ospedalizzazione potenzialmente prevenibile*, identificata nei ricoveri che potrebbero essere significativamente ridotti attraverso politiche di prevenzione volte ad eliminare all'origine le cause che determinano il ricovero;
- un numero limitato ma ritenuto meritevole di attenzione di *procedure cliniche a rischio di inappropriatezza*, per le quali la letteratura scientifica suggerisce non tanto l'errore umano, che come accennato è difficile rintracciare dal mero esame delle SDO, quanto piuttosto una evidenza di attenzione epidemiologica; il caso più evidente e rilevante di questa sezione è il ricorso al parto cesareo, che di per sé è una pratica clinica corretta, ma quando assume frequenze relativamente intense denuncia la possibilità di prassi cliniche orientate da logiche differenti dal bisogno assistenziale espresso dalla partoriente.

❑

Indice

1. La classifica ERA 2009: l'ospedalizzazione a rischio di inappropriatezza nelle unità sanitarie territoriali italiane 1

1.1 Il quadro generale dell'ospedalizzazione 1
1.1.1 Un primo segnale di attenzione 1
1.1.2 Due segnali positivi 2
1.1.3 La misura del cambiamento 2005-2008 3

1.2 L'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata 5
1.2.1 Un inquadramento concettuale 5
1.2.2 Alcune scelte di omogeneizzazione 6
1.2.3 L'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata: considerazioni generali 7
1.2.4 L'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata: la distribuzione territoriale 9
1.2.5 La "valigetta degli attrezzi" dell'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata 10
1.2.6 L'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata: la distribuzione per gruppo di dimissione 11
1.2.6.1 L'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata: il gruppo "malattie dell'apparato respiratorio"
1.2.6.2 L'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata: il gruppo di dimissione "Altre diagnosi"
1.2.6.3 L'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata: il gruppo di dimissione "Sistema circolatorio"
1.2.6.4 L'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata: i restanti gruppi
1.2.7 L'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata: alcune considerazioni per genere 17
1.2.8 L'ospedalizzazione potenzialmente inappropriata: la classifica 19
1.2.9 Considerazioni di sintesi 21

2. L'ospedalizzazione potenzialmente prevenibile 26

2.1 Premessa 26
2.2 Patologie contrastabili con interventi di prevenzione primaria 26
2.3 I ricoveri per cause potenzialmente prevenibili a livello territoriale 27
2.4 Ospedalizzazione e mortalità per cause potenzialmente prevenibili 31

3. Le procedure a rischio di inappropriatezza 36
3.1 Procedure selezionate 36
3.2 Indicatori elaborati 36
3.3 Note per la lettura degli indicatori 37
3.4 Casistica nazionale 37
3.5 Casistica territoriale 38
3.6 Considerazioni conclusive 44

4. L'Atlante: una visione d'insieme 46

4.1 Premessa 46

4.2 Il contesto nazionale 46
4.2.1 Le dimissioni 46
4.2.2 Le dimissioni per gruppo di diagnosi 47
4.2.3 Le dimissioni per classi di età 50
4.2.4 Le giornate di ricovero 53

➤➤

4.2.5 Il tempo medio trascorso in ospedale per evento di ricovero (regime ordinario) e il numero medio di accessi per ricoverato (day hospital) *54*
4.3 Il contesto regionale 56
4.3.1 Mappe del rischio relativo per ricoveri potenzialmente inappropriati - Tutte le diagnosi. *57*
4.3.2 Mappe del rischio relativo per ricoveri potenzialmente inappropriati - Sistema circolatorio *58*
4.3.3 Mappe del rischio relativo per ricoveri potenzialmente inappropriati – Malattie dell'apparato digerente *59*
4.3.4 Mappe del rischio relativo per ricoveri potenzialmente inappropriati – Malattie dell'apparato respiratorio *59*
4.3.5 Mappe del rischio relativo per ricoveri potenzialmente inappropriati – Malattie del sistema genito-urinario *60*
4.3.6 Mappe del rischio relativo per ricoveri potenzialmente inappropriati - Malattie del sistema nervoso e organi dei sensi *62*
4.3.7 Mappe del rischio relativo per ricoveri potenzialmente inappropriati - Altre diagnosi *62*

5 L'Atlante: le schede regionali e per unità sanitaria territoriale 64
Premessa 64
Sintesi regionale 64
Schede per unità sanitaria territoriale 65
5.1 Regione Piemonte 67
Torino AM; Torino 3; Torino 4; Torino 5; Vercelli; Biella; Novara; Verbano-Cusio-Ossola; Cuneo 1; Cuneo 2; Asti; Alessandria
5.2 Regione Valle D'Aosta 81
Aosta
5.3 Regione Lombardia 83
Bergamo; Brescia; Como; Cremona; Lecco; Lodi; Mantova; Città di Milano; Milano 1; Milano 2; Milano 3; Pavia; Sondrio; Varese; Vallecamonica-Sebino
5.4 Province Autonome di Bolzano e Trento 101
Bolzano; Merano; Bressanone; Brunico; Trento
5.5 Regione Veneto 108
Belluno; Feltre; Bassano del Grappa; Thiene; Arzignano; Vicenza; Pieve di Soligo; Asolo; Treviso; San Donà di Piave; Veneziana; Mirano; Chioggia; Cittadella; Padova; Este; Rovigo; Adria; Verona; Legnago; Bussolengo
5.6 Regione Friuli Venezia Giulia 132
Triestina; Isontina; Alto Friuli; Medio Friuli; Bassa Friulana; Friuli Occidentale
5.7 Regione Liguria 140
Imperiese; Savonese; Genovese; Chiavarese; Spezzino
5.8 Regione Emilia Romagna 147
Piacenza; Parma; Reggio Emilia; Modena; Bologna; Imola; Ferrara; Ravenna; Forlì; Cesena; Rimini
5.9 Regione Toscana 160
Massa Carrara; Lucca; Pistoia; Prato; Pisa; Livorno; Siena; Arezzo; Grosseto; Firenze; Empoli; Versilia

5.10 Regione Umbria 174
Città di Castello; Perugia; Foligno; Terni

5.11 Regione Marche 180
Pesaro; Urbino; Fano; Senigallia; Jesi; Fabriano;
Ancona; Civitanova M.; Macerata; Camerino; Fermo;
S. Benedetto del Tronto; Ascoli Piceno

5.12 Regione Lazio 195
Roma AM; Roma F; Roma G; Roma H; Viterbo;
Rieti; Latina; Frosinone

5.13 Regione Abruzzo 205
Avezzano/Sulmona; Chieti; Lanciano/Vasto; L'Aquila; Pescara; Teramo

5.14 Regione Molise 213
ASREM

5.15 Regione Campania 215
Avellino; Benevento; Caserta; Napoli 1 Centro;
Napoli 2 Nord; Napoli 3 Sud; Salerno

5.16 Regione Puglia 224
Brindisi; Taranto; Barletta-Andria-Trani; Bari; Foggia; Lecce

5.17 Regione Basilicata 232
Potenza; Matera

5.18 Regione Calabria 236
Locri; Cosenza; Crotone; Catanzaro; Vibo Valentia; Reggio Calabria

5.19 Regione Siciliana 244
Agrigento; Caltanissetta; Catania; Enna; Messina;
Palermo; Siracusa; Trapani

5.20 Regione Sardegna 254
Sassari; Olbia; Nuoro; Lanusei; Oristano; Sanluri; Carbonia; Cagliari

6. Nota Metodologica 264

6.1 Premessa 264

6.2 Le unità sanitarie territoriali adottate dall'Atlante 264

6.3 Popolazione 266

6.4 Schede di Dimissione Ospedaliera 267

6.5 La classificazione ERA delle diagnosi di dimissione 268

6.6 Indicatori elaborati 272

Appendice I – Ospedalizzazione potenzialmente inappropriata 275

Appendice II - Ospedalizzazione potenzialmente prevenibile 278

Appendice III - Procedure a rischio di inappropriatezza 278

7. Gli strumenti di consultazione di ERA$_{web}$ 279

7.1 Premessa 279

7.2 Il "tachimetro" di ERA 279

7.3 Le mappe epidemiologiche 280

Bibliografia 281