

Rapporto Sdo 2010

Ricoveri ospedalieri in diminuzione del 4,9%

di Ester Maragò

Diminuiscono ricoveri e giornate di degenza. Calano i Day Hospital per acuti e soprattutto diminuisce vertiginosamente il Dh per la riabilitazione. Decresce il tasso di ospedalizzazione per tutte le attività, in particolare tra quelle per acuti. A scattare la fotografia sull'attività di ricovero nelle strutture sanitarie italiane è il Rapporto preliminare per il 2010, elaborato dal ministero della Salute in base ai dati ricavati dalle schede di dimissione ospedaliera (Sdo). I dati coprono l'89% delle strutture ospedaliere, pubbliche e private in quanto mancano all'appello quelli del quarto trimestre 2010 della Regione Marche, del terzo e quarto trimestre 2010 della Campania e quelli dell'intero 2010 della Puglia e della Sardegna (per queste due regio-

■ Circa 572 mila ricoveri e quasi un milione di giornate di degenza in meno. Day hospital per acuti in diminuzione del 9,9% con un calo deciso per quello in riabilitazione (-24,2%). Resta invece alto il numero dei parti cesarei (38,2%). È quanto emerso dal Rapporto preliminare sull'attività di ricovero ospedaliera per il 2010 elaborato dal ministero della Salute

ni sono stati utilizzati unicamente i dati del 2009).

Ricoveri per acuti: cosa scende e cosa sale

Nel 2010 si sono registrati 11.085.404 ricoveri, un numero in calo del 4,9% rispetto all'anno precedente, quando i ricoveri erano stati 11.657.864.

Quelli per acuti, rispetto al 2009, sono diminuiti del 3,1%, mentre è aumentata se-

pur di poco l'attività di riabilitazione in regime ordinario (+1,1%). Diminuisce anche il numero di ricoveri in lungodegenza (-4,6). Ma la riduzione più marcata si registra per il day Hospital per acuti e per riabilitazio-

ne (rispettivamente -9,9% e -24,2%).

Scende anche il tasso di ospedalizzazione del 2010, e per tutte le tipologie di attività (acuti, riabilitazione e lungodegenza, regime ordinario e day hospital): è stato circa del 174,5 per mille abitanti, in diminuzione rispetto al 184,4 del 2009 e al 193 del 2008. La riduzione più evidente si è registrata nel tasso di ospedalizzazione

per acuti che è passato, per il ricovero ordinario, da 124 per mille abitanti nel 2009 a circa 120 nel 2010, e per il ricovero diurno, da circa 53 a 47 per mille abitanti. Calano anche le giornate di degenza, stimate in circa 70,7 milioni, cioè -3,7% rispetto al 2009.

Complessità, efficienza e appropriatezza

Dal Rapporto emerge come anche le dimissioni con Drg chirurgico abbiano raggiunto circa il 41,5%, confermando il trend di crescita rispetto agli anni precedenti: 41,1% nel 2009, 40,7% nel 2008, 40,0% nel 2007, 39,9% nel 2006. I ricoveri chirurgici eseguiti in Day Surgery hanno costituito il 31,5% delle dimissioni con Drg chirurgico, mentre nel 2009 rappresentavano il 32,6%.

Continuano a guidare la classifica dei primi dieci Drg erogati

► Segue a pagina 22

Tabella 1 - L'attività ospedaliera

Tipo attività	2009	2010 (stimato)	Var. % rispetto al 2009
Acuti Ordinario	7.585.269	7.352.638	-3,1
D.H.	3.184.227	2.870.367	-9,9
Riabilitazione Ordinario	296.452	299.775	+1,1
D.H.	62.477	47.349	-24,2
Lungodegenza	110.384	105.305	-4,6
Neonati	419.055	409.970	-2,2
Totale	11.657.864	11.085.404	-4,9

Tabella 2 - Composizione dell'attività per tipologia e regime di ricovero - Dimessi e giornate di degenza - Anno 2010 (dati provvisori)

Attività	numero casi			numero giornate			degenza media		
	Istituti pubblici	Istituti privati	Totale	Istituti pubblici	Istituti privati	Totale	Istituti pubblici	Istituti privati	Totale
Acuti - Regime ordinario	5.670.252	1.682.291	7.352.638	40.225.910	9.158.979	49.385.808	7,1	5,4	6,7
Acuti - Day Hospital	2.173.310	697.057	2.870.367	6.465.776	1.445.266	7.911.042	3,0	2,1	2,8
Riabilitazione - Regime ordinario	78.056	221.719	299.775	1.986.641	6.213.175	8.199.816	25,5	28,0	27,4
Riabilitazione - Day Hospital	26.447	20.902	47.349	289.750	330.583	620.333	11,0	15,8	13,1
Lungodegenza	56.557	48.748	105.305	1.586.252	1.662.114	3.248.366	28,0	34,1	30,8
Nido	321.212	88.758	409.970	1.017.168	283.266	1.300.434	3,2	3,2	3,2
Totale	8.325.834	2.759.475	11.085.404	51.571.497	19.093.383	70.665.799			

La voce "Lungodegenza" comprende i dimessi da Regime ordinario e Day Hospital.

La voce "Neonati sani" comprende i dimessi da Regime ordinario con Drg 391.

Ist. pub.: Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie e Policlinici pubblici, Irccs pubblici e fondazioni pubbliche, Ospedali a gestione diretta

Ist. prv.: Policlinici privati, Irccs privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi Usl, Enti di ricerca, Case di cura private.

La regione Marche non ha inviato il quarto trimestre 2010, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività è stato considerato un arco temporale di 12 mesi, dal 01/10/2009 al 30/09/2010

La regione Campania non ha inviato il terzo ed il quarto trimestre 2010, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività è stato considerato un arco temporale di 12 mesi, dal 01/07/2010 al 30/06/2011

Le regioni Puglia e Sardegna non ha inviato i dati per l'anno 2010, pertanto sono stati considerati i dati inviati nell'anno 2009

Tabella 3 Distribuzione dei dimessi per regione, tipo attività e regime di ricovero - Anno 2010 (dati provvisori)

Regione	Acuti					Riabilitazione					Lungodegenza				
	Regime ordinario		Day Hospital		Totale	Regime ordinario		Day Hospital		Totale	Regime ordinario		Day Hospital		Totale
	numero	%	numero	%	numero	numero	%	numero	%	numero	numero	%	numero	%	numero
Piemonte	484.749	72,9	180.149	27,1	664.898	36.997	91,6	3.376	8,4	40.373	11.571	100	-	-	11.571
Valle d'Aosta	14.543	71,7	5.747	28,3	20.290	53899,6	20,4	540	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	1.245.260	78,3	344.497	21,7	1.589.757	96.594	87,2	14.130	12,8	1.10.724	5.602	100	-	-	5.602
P.A. Bolzano	69.933	72,6	26.429	27,4	96.362	2.435	92,0	212	8,0	2.647	2.419	100	-	-	2.419
P.A. Trento	53.469	64,8	29.060	35,2	82.529	5.638	85,1	986	14,9	6.624	2.525	100	-	-	2.525
Veneto	526.839	72,6	198.806	27,4	725.645	22.559	74,4	7.754	25,6	30.313	10.344	99,8	16	0,2	10.360
Friuli V.G.	145.581	73,8	51.556	26,2	197.137	2.687	84,7	485	15,3	3.172	2.176	100	-	-	2.176
Liguria	193.236	57,9	140.616	42,1	333.852	9.519	84,0	1.818	16,0	11.337	461	100	-	-	461
Emilia Romagna	589.123	75,2	194.226	24,8	783.349	18.765	79,9	4.724	20,1	23.489	32.230	100	-	-	32.230
Toscana	461.519	74,7	156.584	25,3	618.103	11.436	83,7	2.232	16,3	13.668	2.389	100	-	-	2.389
Umbria	122.326	76,7	37.213	23,3	159.539	3.268	79,2	859	20,8	4.127	234	100	-	-	234
Marche (*)	185.183	77,8	52.933	22,2	238.116	3.384	92,3	284	7,7	3.668	4.586	100	-	-	4.586
Lazio	723.831	66,7	362.020	33,3	1.085.851	32.407	-	-	-	32.407	8.018	100	-	-	8.018
Abruzzo	158.180	70,8	65.260	29,2	223.440	6.265	96,8	209	3,2	6.474	2.563	100	-	-	2.563
Molise	49.832	69,9	21.416	30,1	71.248	1.973	92,7	155	7,3	2.128	398	100,0	-	-	398
Campania (**)	693.083	67,8	329.083	32,2	1.022.166	9.610	81,0	2.248	19,0	11.858	7.395	88,8	930	11,2	8.325
Puglia (***)	586.921	80,4	143.305	19,6	730.226	16.852	94,7	947	5,3	17.799	5.370	100	-	-	5.370
Basilicata	61.060	62,2	37.172	37,8	98.232	1.214	80,0	304	20,0	1.518	704	100	-	-	704
Calabria	211.114	71,3	85.003	28,7	296.117	5.112	78,1	1.433	21,9	6.545	2.449	100	-	-	2.449
Sicilia	579.137	63,9	326.934	36,1	906.071	10.665	70,1	4.550	29,9	15.215	1.942	100	-	-	1.942
Sardegna (***)	197.719	70,6	82.358	29,4	280.077	1.857	74,3	641	25,7	2.498	983	100	-	-	983
Italia	7.352.638	71,9	2.870.367	28,1	10.223.005	299.775	86,4	47.349	13,6	347.124	104.359	99,1	946	0,9	105.305

(*) La regione non ha inviato il quarto trimestre 2010, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività è stato considerato un arco temporale di 12 mesi, dal 01/10/2009 al 30/09/2010

(**) La regione non ha inviato il terzo ed il quarto trimestre 2010, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività è stato considerato un arco temporale di 12 mesi, dal 01/07/2010 al 30/06/2011

(***) La regione non ha inviato i dati per l'anno 2010, pertanto sono stati considerati i dati inviati nell'anno 2009

Ssn e malattie croniche

Cronicità: nuova frontiera del terzo millennio

di **Vania Cirese**
Avvocato, Foro di Roma

L'organizzazione del Sistema sanitario italiano si è finora dimostrata più adatta ad affrontare malattie acute piuttosto che malattie croniche in quanto nel tempo si è sempre adottato un modello di assistenza reattiva all'urgenza, alle acuzie. Un modello incentrato su formazione del personale, presidi, terapie, protocolli e linee guida atti a fronteggiare, nelle varie branche, situazioni di emergenza e gravità immediate. I pazienti cronici, d'altro canto, anche mediante organismi rappresentativi dei loro interessi, sollevano il problema delle difficoltà di accesso alle terapie, ad informazioni tempestive, a modelli di cura adeguati. Tenendo conto delle caratteristiche della popolazione della nostra epoca, non v'è dubbio che occorra pensare a sistemi più strutturati per i pazienti con disturbi cronici, introducendo un monitoraggio sui rischi per ridurli e sistemi di prevenzione di ricadute, aggravamenti e disabilità per quei malati la cui prognosi non è di guarigione, che non versano in una situazione di urgenza e che necessitano di cure nel tempo, anche a domicilio, nel proprio ambiente. I sistemi sanitari di tutte le nazioni sono confrontati inevitabilmente col problema di rispondere in modo costruttivo e sostenibile al carico delle malattie croniche e alla loro gestione. Occorre trovare risposte più equilibrate tra i problemi di salute dei pazienti acuti e di quel-

■ In Europa il 77 per cento delle spese sanitarie è oggi devoluto alle malattie croniche. E le cifre sono destinate a crescere, richiamando l'attenzione sulla necessità di interventi efficaci nei vari sistemi socio-sanitari

li cronici. Non v'è dubbio che queste nuove esigenze pongano richieste di altro tipo al personale sanitario, che deve necessariamente munirsi di abilità e competenze più ampie e specifiche, lavorando in un modello di assistenza integrato, orientato su una differente tipologia di pazienti che ha comunque diritto a qualità, sicurezza e accessibilità di cure.

Promuovere una "cultura della cronicità"

I malati cronici necessitano di un approccio specifico e nel contesto ambientale di cui fanno parte. Il percorso di terapia non può che essere personalizzato e condiviso con i familiari del paziente chiamati a collaborare e dare riscontri. Si tratta di interventi a lunga durata, che implicano continuità e devono evitare il più possibile

una gestione frammentata della malattia, tenuto conto che molto spesso patologie complesse e patogenesi multifattoriali presuppongono un sistema multidisciplinare di assistenza, nell'obiettivo di creare gradualmente una rete di sostegno all'autogestione della malattia da parte del paziente e dei suoi familiari, seguiti con continuità e competenza dai medici curanti.

L'organizzazione della medicina del territorio e l'integrazione fra i vari servizi dovrebbe essere ripensata e valorizzata con un sostegno istituzionale normativo e finanziario più rispondente ai bisogni e ai diritti dei pazienti cronici e maggiormente teso a sviluppare specifiche competenze del personale sanitario. Non v'è dubbio che occorranzi investimenti mirati alla cultura della qualità di cure per i malati cronici; si renda necessaria la

creazione di team multidisciplinari e l'integrazione tra i vari servizi per promuovere un approccio sistematico, centrato specificamente sul paziente cronico così da ridurre significativamente i ricoveri di emergenza.

L'assistenza individualizzata del paziente cronico chiama in causa il valore della persona e il riconoscimento della sua unicità.

Medicina territoriale, un riferimento imprescindibile

Il rispetto per lo stato di vulnerabilità, di cui il sistema socio-sanitario deve farsi carico nella consapevolezza che la fragilità e l'inabilità non diminuiscono il valore della vita, nell'ambito di un'assistenza personalizzata per i malati cronici, chiama in causa la medicina territoriale che diventa un punto di riferimento imprescindibile della rete di assistenza e cura nel percorso costituito dal rapporto continuativo con l'assistito a tutela della sua salute psico-fisica e per fornirgli l'ausilio tecnico, scientifico e umano più adeguati per sviluppare le capacità di gestione auto responsabile, nella privacy, in assenza del sanitario. È agevole intuire la delicatezza e la particolarità della relazione che si instaura tra i medici a ciò preposti e i pazienti cronici e loro familiari.

Altrettanto evidente è la necessità che i medici di famiglia e i medici specialisti del territorio

seguano dei programmi formativi adatti a sviluppare specifiche competenze che includono la capacità di favorire la partecipazione del paziente e dei suoi cari, di saper comunicare realmente, per interagire, di tener conto dello stato di accettazione della malattia da parte di chi ne è portatore, della situazione sociale, culturale, familiare, le abitudini, le carenze educative e cognitive da colmare per conseguire una soddisfacente collaborazione nella più significativa alleanza terapeutica ed esperienza umana di profonda condivisione di difficoltà e traguardi.

Lo sviluppo di una assistenza territoriale che garantisce la copertura di tante necessità dei malati cronici nelle cure primarie costituisce oggi un obiettivo improcrastinabile e doveroso e pone agli operatori sanitari nuove responsabilità e nuove opportunità, chiamandoli a scelte coscienti verso l'integrazione delle attività, il lavoro d'équipe, la gestione condivisa del paziente e la comunicazione efficace e completa tra medici e con gli assistiti.

Le istituzioni dal loro canto non possono esimersi di adottare provvedimenti adeguati per incrementare le strutture e la formazione di personale dedicato che deve lavorare sul territorio nelle diverse (e purtroppo disomogenee) realtà. La completezza dell'assistenza territoriale per i malati cronici passa attraverso il dialogo fra i medici delle cure primarie e la collaborazione di equipe multidisciplinari. La pianificazione e l'attuazione dei programmi terapeutici vanno necessariamente concordate tra paziente, familiari, medico di famiglia e specialista territoriale e l'organizzazione del Ssn, così come quella degli altri Stati membri dell'Ue dovrà adottare modelli di assistenza più flessibili, nella reale considerazione delle due categorie di pazienti: acuti e cronici, meglio identificando e fronteggiando i loro diversi bisogni. **Y**



► **Segue da pagina 7**

Ricoveri ospedalieri in diminuzione del 4,9%

ti in regime per acuti il parto vaginale senza diagnosi complicanti, l'insufficienza cardiaca e shock e il parto cesareo senza Cc.

La degenza media è rimasta sostanzialmente stabile da diversi anni posizionandosi su 6,7 giorni. Effettuando una standardizzazione per case-mix si è potuto

osservare un minimo di 6,13 giorni in Umbria, e un massimo di 7,78 giorni in Valle d'Aosta. La degenza media pre-operatoria, indice di efficienza organizzativa, è risultata lievemente in calo scendendo a 1,87 giorni (1,99 nel 2007, 1,97 nel 2008 e 1,88 nel 2009). I valori più elevati sono stati rilevati nel Lazio e Molise (rispettivamente 2,51 e 2,42 giorni) ed in Basilicata e Liguria (rispettivamente 2,38 e 2,30 giorni). I più bassi sono nelle Marche (1,23 giorni) e in Toscana (1,41).

Parti & co.

L'elevata incidenza di parti cesarei ha mostrato solo una lieve diminuzione, nonostante siano stati messi in atto dalle Regioni ripetuti e significativi interventi. La percentuale rispetto al totale dei parti è del 38,2% nel 2010, contro un 38,4% nel 2009 e 38,3% del 2008, con valori massimi registrati in Campania (61,6) e Sicilia (52,8). In particolare valori superiori al 40% di parti cesarei si sono registrati in tutte le regioni del Centro-Sud ad eccezione della Sardegna (dato 2009).

L'indicatore sulla percentuale di interventi di colecistectomia laparoscopica rispetto al totale degli interventi di colecistectomia è in costante aumento: 88,72% nel 2010, 87,26% nel 2009, 86,79% nel 2008 e 85,96% nel 2007. Il tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia si è mantenuto intorno al valore osservato l'anno precedente: 70,45 nel 2010, 70,2 nel 2009, rispetto ai valori più elevati degli anni precedenti: 71,51 nel 2008 e 86,44 nel 2007 (per 100 mila abitanti).

ti). Un trend che dimostra un miglioramento nel merito dell'appropriatezza. Diminuiscono anche altri indicatori come la percentuale di dimessi da reparti chirurgici con Drg medico sul totale dei dimessi in regime ordinario da reparti chirurgici (è passata dal 35,7% del 2008 al 34,7% del 2009 e al 33,5 del 2010), e quella di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con Drg medico (dal 56,1% del 2008 al 54,7% del 2009 al 51,5 del 2010). **Y**